

iss: 68452.



Mitteilungen

aus der

Gesellschaft practischer Aerzte

zu Riga.

1907/1908.



St. PETERSBURG.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Prosp., № 15.
1909.

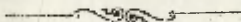
Mitteilungen

aus der

Gesellschaft practischer Aerzte

zu Riga.

1907/1908.

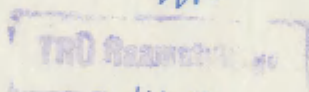


St. PETERSBURG.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Prosp., № 15.

1909.

Типографія А. Винеке, Єкатерингофскій просп., № 15.



Sitzung am 5. September 1907.

Anwesend 41 Mitglieder.

Das Protokoll der Sitzung vom 16. Mai wird verlesen und angenommen.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. von S e n g b u s c h ein junges Mädchen mit einem Lupus vulgaris des Gesichts, es steht in Röntgenbehandlung, bemerkenswert ist, dass schon nach der 5. Sitzung eine auffallende Besserung eingetreten war, Reinigung der tiefen Geschwüre an der Nase und Lippe und rasch fortschreitende Ueberhäutung eintrat, jetzt nach 8 Sitzungen à 10 Minuten mit mittelweicher Röhre ist der ganze Defekt bis auf eine kleine Stelle verheilt, der durch ein tiefes ulcus zerstörte linke Nasenflügel hat sich sehr schön erholt, so dass keine Zerstörung nachgeblieben, auch auf der erkrankten Schleimhaut der Nase keine Erscheinungen mehr sichtbar. Bemerkenswert ist, dass vor der Röntgenbehandlung eine oberflächliche Abschabung der lupösen Geschwüre ohne Narkose mit dem scharfen Löffel vorgenommen wurde und zwar von Dr. v. M a n t e u f f e l, der mir dann den Fall zur Behandlung schickte; es liesse sich diese Kombination vielleicht auch für weitere Fälle zum Versuche empfehlen. Pat. bleibt in Beobachtung. (Nachtrag vom 3. Oktober 1907 neue kranke Erscheinungen sind bis jetzt nicht aufgetreten).

Dr. L a u r e n t z: demonstriert vor der Tagesordnung einen heute in der Sprechstunde einem 1½-jährigen Kinde tief aus dem Pharynx mit dem Finger extrahierten Fremdkörper, und zwar handelte es sich um einen eisernen Stiefelabsatzbesatz von beträchtlicher Dimension (lichte Weite ca. 3½ cm.) derselbe machte starke Schluck- und Atembeschwerden und konnte noch gerade mit den Fingerspitzen gefasst werden.

Punkt I der Tagesordnung.

Dr. W. v. H o l s t (als Gast) über einen Fall von Muskelatrophie.

M. H. Es sei mir gestattet Ihnen diesen neunjährigen Knaben vorzustellen, der seit seinem vierten Lebensjahr an einer langsam fortschreitenden Muskelatrophie leidet. Wie Sie sehen hat die Erkrankung mittlerweile einen so erheblichen Grad erreicht, dass der Knabe sich überhaupt nicht

mehr aufrichten und nur mit grosser Anstrengung ein wenig kriechen kann. Am sichtbarsten ist der Schwund der Muskulatur an den Oberarmen, den Oberschenkeln und dem Rücken, während Gesicht, Hände und Füsse verschont geblieben sind. Ferner wird Ihnen schon bei flüchtiger Betrachtung der bedeutende Wadenumfang aufgefallen sein, doch darf man auf Grund der mangelhaften Funktion des Gastrocnemius und Soleus und bei der deutlich harten Resistenz keine echte muskuläre sondern bloss eine bindegewebige Hypertrophie annehmen.

Entartungsreaktion lässt sich in den betreffenden Muskeln nicht nachweisen, nur eine ausserordentliche quantitative Erregbarkeitsherabsetzung. Dieser Umstand, sowie das Fehlen von fibrillären Zuckungen, die Art der Lokalisation und das gleichzeitige Auftreten der Pseudohypertrophie an andern Stellen des Körpers gestatten uns die Diagnose der Dystrophia musculorum progressiva, einer sogen. primären Myopathia zu stellen, bei der es bisher nicht gelungen ist pathologisch-anatomische Veränderungen im Nervensystem zu ermitteln. Für diese Diagnose spricht auch das familiäre und hereditäre Auftreten des Leidens in unserem Falle, da sowohl der verstorbene Vater als ein gleichfalls verstorbener Bruder daran gelitten haben.

Punkt II der Tagesordnung.

Dr. Wolfert jun. referiert über einen Fall von Sinustrombose mit fieberfreiem Verlauf.

11-jähriges Mädchen, seit 5 Wochen Ohreiterung rechts nach Angina. Kopfschmerzen, seit ca. 2 Wochen Schwellung hinter dem Ohr.

Bei der Aufnahme Temperatur normal. Sensorium frei. Reichliche Eiterung aus dem rechten Ohr, Abszess hinter dem Ohr. Nach 2 Tagen Operation, ausgedehnte Erkrankung des Knochens, Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube schwarzgrau verfärbt, mit Granulation und Eiter bedeckt. Sinus trombosiert, unregelmässiger Defekt in der lateralen Wand. Exzision der lateralen Sinuswand bis über das obere Knie. Jugularis nicht unterbunden. Sekundäre Naht. Heilung in 6 Wochen.

Die Temperatur wird 3-stündlich im Darm gemessen und war während des Hospitalaufenthaltes kein mal fieberhaft, die höchste Temperatur wurde am 5. Tage nach der Operation notiert — 37.8. Diese ungewöhnliche Erscheinung eines fieberfreien Verlaufes der Sinustrombose erklärt Vortragender damit, dass der Prozess ein langsam fortschreitender war und die Operation zu einer Zeit vorgenommen wurde wo der Verschluss des infizierten Trombus nach beiden Seiten hin ein fester und aseptischer war.

Aufführung der in der Literatur bekannten Fälle von fieberfreier Sinustrombose.

Dr. Voss möchte erfahren, wie lange die Krankheit bestanden habe und ob regelmässig und zwar häufig die Temperatur gemessen sei, da letzteres wichtig sei, er könne nicht anders, als sich skeptisch zu den sog. fieberlos verlaufenden Fällen von Sinustrombose stellen.

Falls die regelmässige häufige Temperaturmessung nicht durchgeführt sei, auch vordem der Arzt den Fall gesehen, so sei die Bezeichnung fieberfrei stets zweifelhaft.

Dr. Wolferz. 5 Wochen früher sei das Kind krank gewesen, damals aber nicht ärztlich behandelt worden; auffallend sei auch, dass nach der Operation keine Temperatursteigerung eingetreten, was gewöhnlich der Fall zu sein pflegt.

Dr. Voss. Nach der Operation sei der Verlauf doch wohl stets ein sehr verschiedener, oft trete sofortige Entfieberung ein, seiner Meinung nach fehle in allen als solchen bezeichneten Fällen, der Nachweis, dass tatsächlich kein Fieber bestanden habe.

Dr. von z. Mühlen schliesst sich Dr. Voss in dieser Beziehung an; nach seinen Erfahrungen mache eine jede, auch die leichteste Otitis acuta Temperatursteigerung, die ja wohl häufig von den Angehörigen übersehen werden könne.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Sitzung am 19. September 1907.

Anwesend 41 Mitglieder. als Gäste die DDr. Sarfels, Walter und Biehler.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Hampeln ein Präparat von Pseudo-Tuberkelbazillen über welch seltenen Befund er auf der nächsten Sitzung sprechen und noch andere Präparate zeigen will.

Punkt I. Dr. Bornhaupt demonstriert einen Mann, den er wegen eines Abdominaltumors operiert hat, es handelt sich um einen Coecaltumor und zwar nach Dr. Schabert Gallertkrebs.

Gestatten Sie mir, m. H., dass ich Ihnen zunächst hier einen Patienten vorstelle, von dem ich durch eine Darmresektion diesen Tumor gewonnen habe, den ich Ihnen später demonstrieren möchte. Der Patient, 32 Jahre alt, kam 24. Mai 1907 in meine Behandlung und klagte über Schmerzen im Leibe, die seit ca. 6 Monaten beständen. Seit 2—3 Monaten habe sich sein Zustand bedeutend verschlimmert, sein Appetit sei geschwunden er selbst habe stark abgenommen, fühle sich schwach und elend und sei daher arbeitsunfähig. Der Patient ist ein Beamter der Rig.-Orel. Eisenbahn und hat eine Kanzleiarbeit zu verrichten. Bei der objektiven Unter-

suchung erwies es sich, dass bei einem deutlich anämischen Aussehen und einer beträchtlichen Abmagerung ein Tumor in der rechten Hälfte des Abdomens unter der Leber zu konstatieren war. Diese Geschwulst, von der Grösse eines Kindkopfes, war nach allen Richtungen hin frei verschieblich, nur konnte man den Tumor nicht weit nach unten hinunterziehen. Von der Leber liess sich der Tumor deutlich abtrennen. Bei der Palpation fühlte sich der Tumor weich, fast fluktuierend an und wurde erst in der Tiefe der Bauchhöhle härter. Man hatte den Eindruck, als liege eine Darmschlinge über dem Tumor; vorübergehend konnte man auch an eine Gallenblase denken, nur sprach die leichte Verschiebbarkeit der Geschwulst eher für die Angehörigkeit derselben dem Darm oder dem Mesenterium. Bei der Laparotomie, die am 2. Juni 1907 ausgeführt wurde, stellte es sich heraus, dass es sich um einen Tumor des Coecums handelte, der hauptsächlich den Mesenterialansatz des Coecums befallen, die vordere Peripherie dagegen zum Teil freigelassen hatte.

In der Umgebung des Tumors bestanden ausgedehnte Verwachsungen mit dem Colon ascendens und der Flexura hepatica, wodurch es sich auch erklären lässt, dass man den Tumor nicht nach unten hinunterziehen konnte. Die benachbarten Mesenterialdrüsen waren vergrössert, fühlten sich aber nicht auffallend hart an. Sowohl das ganze Bild, als auch die Lymphdrüsen erweckten eher den Eindruck eines entzündlichen Prozesses, da auch der Tumor sich nicht besonders hart anfühlte. Es war die Frage während der Operation schwer zu beantworten, ob es sich um Tuberkulose oder um ein Karzinom handelte. Ich bin so vorgegangen, als hätte man es mit einem bösartigen Tumor zu tun, und habe die Geschwulst in toto mit dem adhär. Darm, mit den Mesenteriallymphdrüsen, die sich nach oben bis zum Pankreas hingen, und mit dem Peritoneum parietale der hinteren Bauchwand entfernt. Ich musste daher 40 Cent. Darm, und zwar ein Stück Dünndarm, das Coecum, Colon ascendens und die Flexura hepatica bis ungefähr zur Mitte des Colon transversum reseziieren. Beide Darmenden habe ich blind vernäht und darauf eine Enterostomose zwischen Dünndarm und Colon transversum angelegt. Da ich den Defekt im Peritoneum parietale der hinteren Bauchwand nicht decken konnte und da der Pankreaskopf an einer Stelle entblösst in der Wunde vorlag, habe ich an dieser Stelle einen Tampon eingeführt, die übrige Wunde aber vernäht. Der Verlauf war ein glatter. Der Patient hat am 19. Juli das Diakonissenhaus verlassen, hat in den folgenden Wochen zu 8 und 6 Pfd. zugenommen und ist jetzt, wie Sie sehen, vollständig gesund und arbeitsfähig. Der Tumor, den Sie hier sehen, gehört in der Hauptsache dem Coecum und teilweise dem Colon ascendens an. Bei der pathologisch anatomischen und mikroskopischen Untersuchung, die von Dr. A. Schabert angestellt worden ist,

erwies sich der Tumor als ein Gallertkrebs, und meint Dr. Schabert, dass man nicht viel Freude an dieser Operation erleben wird. Der Gallertkrebs erscheint jedoch nach Ansicht einiger Autoren nicht gerade zu den bösartigsten Karzinomen zu gehören, und scheint mir auch in diesem Falle das klinische Bild für eine gewisse mildere Form zu sprechen, die sich darin dokumentiert, dass der Tumor lokal wohl grosse Dimensionen angenommen, die Lymphdrüsen aber verhältnismässig sehr wenig befallen hat. Gerade das Gegenteil sehen wir bei den anderen Formen von Darmkrebs, wo ein verhältnismässig kleiner, ringförmiger Tumor weit zerstreute Metastasen in den Lymphdrüsen macht und dadurch sehr bald inoperabel wird. Ohne mir jetzt schon ein Urteil in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs in diesem Fall erlauben zu wollen, möchte ich im Allgemeinen sagen, dass der Gallertkrebs des Darms bei einer radikalen operativen Behandlung günstigere Chancen für die rezidivfreie Heilung bieten dürfte, als die anderen Formen von Darmkrebs, die frühzeitig zerstreute Lymphdrüsenmetastasen machen. Dass die Differentialdiagnose zwischen dem Karzinom des Coecums und einem entzündlichen Tumor, namentlich Tuberkulose, sogar während der Operation eine sehr schwierige sein kann, beweist nicht nur mein Fall, sondern auch der Umstand, dass so grossen Chirurgen, wie Czerny, Kocher, Billroth, Koerte, Kroenlein Verwechslungen in dieser Beziehung passiert sind. (Deutsche Chirurgie, Lieferung 46 c.).

Ferner wollte ich Ihnen M. H. eine Patientin hier vorstellen, die ich vor 2 Tagen persönlich gesprochen habe, und die ihr Erscheinen hier mir wohl zugesagt hatte, leider aber nicht anwesend ist.

Es handelt sich um eine 42-jährige, kräftige, recht dicke Frau, die bis zum Tage ihrer Erkrankung vollständig gesund gewesen ist. Sie hatte früher mehrere Mal normal geboren und hatte bisher gearbeitet, indem sie ihrem Mann in einem Laden beim Verkaufe behilflich war. Sie hatte nie geraucht und keinen Alkohol getrunken.

Am 19. Juni 1907 ist sie plötzlich ohne jegliche Ursache um 8 Uhr morgens mit heftigen Schmerzen im Epigastrium erkrankt. Ein Diätfehler lag nicht vor. Es trat bald Erbrechen und Stuldrang auf, jedoch erfolgte kein Stuhl und es gingen keine Winde ab. Bis zum Abend steigerten sich die Schmerzen derartig, dass die Patientin um 10 Uhr abends ins Diakonissenhaus gebracht wurde. Die Pat. machte einen schwerkranken Eindruck; halonierte Augen und eine raube, trockene Zunge liessen eine ernste Erkrankung vermuten. Der Puls war dabei 92 befriedigend, Temperatur normal. Der Leib mässig aufgetrieben, in den unteren Partien weich und garnicht druckempfindlich. Dagegen bestanden im Epigastrium unerträgliche Schmerzen und jegliche Berührung wurde sehr unangenehm empfunden. Der rechte Musculus

rectus abdominis war unter dem Rippenbogen stärker gespannt, als der linke. Sonst war im Abdomen nichts zu fühlen. Nach einer hohen Oeleingiessung erfolgte ein spärlicher harter Stuhl, keine Winde; die Pat. verspürte darnach gar keine Erleichterung. Die Schmerzen steigerten sich hingegen derartig, dass die Pat. gerne in eine Operation einwilligte. Die Harnuntersuchung ergab eine deutliche Reaktion auf Zucker. Da man in diesem Fall trotz der bestehenden Ileussympptome alle Formen von Darmokklusion und Obturation ebenso wie eine Perforationsperitonitis nach dem klinischen Bilde ausschliessen konnte, so war man genötigt bei einer fetten, 42-jährigen Frau an eine akute Pankreatitis zu denken; die positive Reaktion des Harns auf Zucker machte diese Diagnose noch wahrscheinlicher. Die Patientin wurde am selben Abend unter dieser Diagnose operiert. Schnitt in der linea alba vom proc. ensiformis bis zum Nabel. Die Gallenwege sind frei von Steinen, die Gallenblase vollständig normal. An der hinteren Bauchwand fühlte man einen derben Tumor, der dem Pankreaskopf entsprach; der Schwanz des Pankreas fühlte sich weich an. Beim Vordringen durch das omentum minus zur hinteren Bauchwand strömt von hinten in grosser Menge hämorrhagisch-seröse Flüssigkeit, die aufgetupft wird. Das peritoneum der hinteren Bauchwand wird hier stumpf durchtrennt, die seröshämorrhagische Flüssigkeit abgetupft und auf das freigelegte Pankreas ein Tampon draufgelegt. Darauf wird das Netz, das colon transversum und der Magen nach oben geschlagen, an der radix mesenterii die untere Peripherie des Pankreaskopfes dadurch freigelegt, dass das Peritoneum der hinteren Bauchwand stumpf durchtrennt wird. An dieser Stelle befinden sich zerstreute, weisse stearinartige, runde Flecken-Fettgewebsnekrosen in der Umgebung des Pankreaskopfes und in der radix mesenterii, auch von hier strömt in grosser Menge die hämorrhagische seröse Flüssigkeit entgegen. An dieser Stelle wird ein zweiter Tampon eingeführt und durch das mesocolon nach aussen geleitet. Jetzt fühlt sich auch die Umgebung des Pankreaskopfes weich an, so dass eine vollständige Entspannung im retroperitonealen Gewebe eingetreten war. Sehr bald wurde vom Chloroformator gemeldet, dass der Puls sich auffallend gebessert habe, er sei langsamer und voller geworden. Die Bauchwunde wurde vernäht. Der Puls blieb auch nach der Operation unter 90. Die Schmerzen waren vollständig geschwunden und sind nie mehr aufgetreten. Der Verlauf war ein vollständig glatter. Am 8. August 1907 wurde die Pat. mit einer verheilten Wunde nach Hause entlassen, und ist jetzt gesund und arbeitsfähig.

Dieser Fall zeigt uns, wie wichtig es ist, sich nicht mit der Diagnose Ileus zu begnügen, sondern in jedem Fall bestrebt zu sein, den Sitz des Darmverschlusses zu bestimmen. Nur auf diesem Wege kann man zur Diagnose der akuten Pankreatitis gelangen.

Nur eine frühzeitig gestellte Diagnose giebt die Möglichkeit, durch einen operativen Eingriff das Fortschreiten des entzündlichen Prozesses zu verhindern und dadurch das Leben des Patienten zu retten.

Die Operation hat hier den Zweck, die Flüssigkeit, die sich in der Umgebung des Pankreas angesammelt hat, hinauszuleiten und dadurch eine Entspannung im retroperitonealen Gewebe zu erzielen. Diese Entspannung bewirkt einmal, dass der Prozess in der Drüse selbst zum Stillstand kommt und nicht fortschreitet, und zweitens, dass das Aufsaugen von Giftstoffen aufhört. Je grösser die Spannung, desto grössere Menge an Giftstoffen wird dem Organismus zugeführt, woran er schliesslich zu Grunde gehen muss. Auch die Aenderung des Pulses nach der Entspannung im retroperitonealen Gewebe könnte als ein Zeichen dafür angeführt werden, dass die Vergiftung des Organismus darnach nicht mehr andauert. Man kann also eine akute Pankreatitis unter gewissen Umständen mit grosser Wahrscheinlichkeit gleich im Anfang der Erkrankung diagnostizieren, und wenn man sie vermutet, so soll man sofort operieren, um das Leben des Patienten zu retten.

Dr. P. Klemm demonstriert: a. Einen Operierten Fall von Basedow, der Schnitt nach Kocher (der sog. Kragenschnitt) macht so gut wie gar keine Entstellung, er wende keine Tamponade mehr an, dadurch sezerniert die Drüse nicht nach, mit der Quetschzange wird der Isthmus abgeklemmt, und nur für ca. 24 Stunden ein kl. Drain zum Blutabfluss eingelegt, am 3 resp. 4 Tag Entfernung der Nähte, am 8. Tage sei Pat. entlassen worden. Er habe jetzt 32 oper. Fälle, über die er noch bei Gelegenheit sprechen werde.

b. Einen Knaben bei dem durch einen Hufhieb eine kompl. Fraktur des Schädels eingetreten war und wo es galt den recht grossen Defekt des Schädeldaches plastisch zu decken, bei der Präparation des Knochenstückes zu diesem Zwecke löste sich dasselbe aus dem Zusammenhang von Periost und Hautlappen, nichtsdestoweniger habe er dieses freie Knochenstück transplantiert und ist es fest eingewachsen.

c. Ein Kind, das durch Verbrennungen schwere Kontrakturen der Hand, Ellbogengelenk, Schulter davongetragen, auch seine Unterlippe verloren hatte. Hier gelang es durch vielfache Plastiken ein schönes Resultat zu erreichen, so dass das Resultat ein gutes Funktionieren des Armes und der Hand ist, auch eine neue Unterlippe erzielte gutes kosmetisches Resultat.

(Demonstration von Photogrammen vor der Operation und des Kindes).

Dr. Sokolowsky hebt hervor, dass alle seine Fälle von Basedow, die operiert worden einen sehr zufriedenstellenden Erfolg gehabt haben, möchte die Diskussion über diese Frage aber auf die Zeit des von Dr. P. Klemm angekündigten Vortrages verschieben.

Punkt II. Dr. Kran nhals hält seinen Vortrag über die zur Beobachtung gelangten Rekurrensfälle dieses Jahres.

Dr. Kran nhals macht die Mitteilung, dass seit dem Mai d. J. sich wiederum Fälle von Rekurrens in Riga gezeigt hätten. Die letzte grössere Epidemie sei vor 23 Jahren beobachtet worden, seitdem ist Riga von dem Rückfallfieber verschont geblieben, während dasselbe in Moskau und Petersburg zu den epidemischen Krankheiten gehöre. Bis zum 19. September sind in seiner Abteilung des Stadtkrankenhauses 41 Fälle (27 Männer, 14 Weiber) aufgenommen worden, wovon 25 genesen entlassen wurden, 2 verstarben und 14 zum heutigen Tage verblieben. Die Spirillen konnten in allen Fällen mit Leichtigkeit nachgewiesen werden. Ref. geht sodann auf die Symptomatologie und Diagnose der Erkrankung ein und bezeichnet, abgesehen vom Blutbefunde, als diagnostisch verdachterregend: plötzliche Erkrankung ohne Schüttelfrost, Schmerzhaftigkeit der Milz und Lebergegend, Erbrechen, Ikterus, Fehlen der Diazo-Reaktion.

Wegen Unzuverlässigkeit der Angaben konnte die Zahl der Anfälle nicht immer sicher eruiert werden. Meist scheint es sich (wenigstens bis jetzt) um zwei Anfälle gehandelt zu haben.

Vortragender hat eine Reihe von therapeutischen Versuchen angestellt und zwar mit Atoxyl, mit Atoxyl und Chinin, sowie mit Chinin allein. Dieselben sind anscheinend vollkommen negativ ausgefallen, die Zahl der erfolgreichen Behandlungen ist bis jetzt zu gering, als dass sie nicht vielleicht nur dem Zufall zuzuschreiben ist. Ref. stellt weitere Versuche in Aussicht und behält sich vor hierüber gelegentlich noch näher zu berichten.

Die beiden Todesfälle betrafen 1) einen alten Mann der ikterisch unter den Erscheinungen einer septischen Erkrankung aufgenommen wurde, mit geringen Temperaturen und bei dem die zur Feststellung einer etwaigen Leukozytose unternommene Blutuntersuchung mehr zufällig Spirillen ergab — der Exitus erfolgte nach 2 Tagen, die Sektion ergab einen ganz negativen Befund.

2. Eine ca. 65-jährige Frau, welche nach dem zweiten Anfall am 8. fieberfreien Tage plötzlich kollabierte und starb. Es fand sich eine klinisch vollkommen latent verlaufene anscheinend fibrinöse Pneumonie.

Dr. Hampeln hebt hervor, dass um die Manigfaltigkeit der Komplikationen bei Rekurrens zu demonstrieren, die in diesem Jahre beobachteten Fälle eine zu geringe sei, je grösser die Zahl desto leichter sei auch die Bestimmung des betreffenden Anfalles ob erster, zweiter resp. dritter. Bei der grossen Epidemie vor 30 Jahren sei z. B. eine auffallend häufige Anzahl von Unterschenkelödemen zur Beobachtung gekommen, als Ausdruck der Schwäche sei dieses nicht gut möglich zu erklären, da die Erkrankung im Vergleiche zum Typhus abd. und anderen Erkrankungen eine kurz dauernde

und die Schwäche fast nie hochgradig ausgeprägt sei. Es müssten hier andere Momente mitspielen eventuell Wirkung der Toxine auf die Gefässe. Namentlich gross aber sei früher die komplizierende Pneumonie und Haemoptoe von seiten der Respirationswege gewesen. Die anatomische Diagnose bei den letalen Fällen sei die fibrinöse Pneumonie gewesen, ob es aber eine Pneumokokken-Infektion gewesen sei nicht sicher, ebenso gut könne sie anderen Ursprungs sein. (Rekurrenspneumonie).

Dr. Bertels, der die Sektion des einen in diesem Jahre letal verlaufenen Falles gemacht, giebt an, es haben sich sowohl im Ausstrichpräparat als auch im Exsudat des Pericards Gramm — negative Diplokokken, keine Fränkelschen gefunden. Kulturversuche seien leider nicht gemacht worden.

Dr. Krannhals: Oedeme der Unterschenkel seien von ihm nicht beobachtet. Nasenbluten, haem. Sputum aber wohl und in einer Reihe von Fällen wie hervorgehoben Pe-techien.

Dr. Th. Schwartz. Auf die Gefahren der Atoxylbehandlung hinweisend, er berührt dabei die Arbeit von Dr. v. Krüden er über die Erblindung durch Atoxyl, meint er diese üblen Folgen auf die Zusammensetzung und schwere Dosierbarkeit des Mittels zurückführen zu können, er schlägt vor, statt dessen ein genau dosierbares Präparat zu verwenden und zwar acid. arsenicici in 1 pCt. Lösung, wobei man mit ganz geringen Dosen anfangen und allmählich steigern kann.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Sitzung am 3. Oktober 1907.

Anwesend 76 Mitglieder, als Gäste die DDr. Biehler, Brennon, Walter, Mende, Sarfels, Maximowitsch.

Die Protokolle der Sitzungen vom 5. und 19. September werden verlesen und angenommen.

Punkt I der Tagesordnung: Dr. Hampeln. Ueber Tuberkelbazillen ähnliche säurefeste Bazillen im Harnsedimente (Eigenbericht).

Zu dem von ihm ausgestellten Präparate bemerkt H., dass das tinktorielle Verfahren nach den Angaben von Kymmel, Casper u. a. zur Unterscheidung der echten von unechten Tuberkelbazillen nicht ausreiche, da auch letztere in vielen Fällen allen entfärbenden Agentien widerstehen. Grösseres Gewicht werde darum, besonders von Casper, auf die mor-

phologischen Unterschiede gelegt. Dieses erwies sich auch in seinen 2 Fällen des laufenden Jahres als ausreichend zur differentiellen Diagnose.

In einem dieser eine 45-jährige Frau betreffenden Fall lag seit $\frac{1}{2}$ Jahr mässige Albuminurie mit spärlichen Zylindern bei sonst qualitativ und quantitativ normalem Verhalten des Harnes vor. In früheren Jahren bestanden wiederholt fieberhafte Lungenspitzenaffektionen. Am Zirkulationsapparat keine Veränderung. Anfang Dezember 1906 stellte sich Hämaturie ein und bestand, mit Unterbrechung von einigen Tagen bis zum 25. Januar 1907. Wiederholt mässige Temperatursteigerung, im Anschluss an die Periode wie in früheren Jahren allgemeine Urticaria, flüchtige, rasch vergehende Schwellung der Lippen besonders, Wangen und Augenlider. Dann trockener Husten und Rasseln im linken Oberlappen. Ein schwer zu deutendes Krankheitsbild. Tuberkulose überhaupt und der Nieren? Chronische Nephritis mit Haematurie? Angioneurotische Haematurie, Urticaria und angion. Oedem? Influenza? (Hausinfektion). Erst in den letzten Lebenstagen traten Erscheinungen auf, die, aber mehr p. excl. als direkt, den Verdacht der Schrumpfniere und Urämie erregten; leichte, vorübergehende Benommenheit, Atemnot, Kopfschmerz, Anfälle von Herzjagen und Herzschwäche. Wiederholte Harnuntersuchungen ergaben ausser der Blutbeimengung keine Veränderung des Befundes, nie verdächtige Bazillen. Nach einem cystoskopisch verdächtigen Befunde wurde in den letzten Lebenstagen der in gewöhnlicher Weise aufgefangene Harn in eine andere Untersuchungsstation geschickt. Von dort kam die Nachricht, dass der Harn «reichlich Tuberkelbazillen» enthalte, Der Tod erfolgte am 9. Februar 1907; Die infolge der fraglichen Natur des Falles gestattete Sektion ergab genuine Schrumpfniere, keine Tub. Das mir später freundlichst zugestellte Präparat konnte im ersten Moment wohl den Eindruck eines Tb.-präparates machen. Rotgefärbte Stäbchen in vereinzelt Gruppen. Genau ebenso verhielt sich das 2. von mir selber hergestellte und nach Ziehl-Neelsen gefärbte Präparat. Es rührt von einem 15-jährigen übrigens anscheinend gesunden jungen Mädchen her, das ihm nur einmal von der Mutter in der Sprechstunde vorgestellt wurde. Der Harn des Kindes hätte nach überstandenen Masern im Kinderkrankenhaus Eiweiss und Zylinder enthalten. Vor Jahren Scharlach. In der von der Mutter mitgebrachten Harnprobe fand sich eitriges Sediment mit entsprechender Albuminurie. Keine Zylinder. Einige Erythrozyten. Das Trockenpräparat wies nun neben einer reichen Kokkenflora ebensolche Häufchen säurefester roter Bazillen auf, wie im I. Präparat. Weiterer Verlauf unbekannt.

Zum Vergleich hiermit habe er zwei echte Tuberkelbazillenpräparate aus dem Harnsedimente aufgestellt, ein 5 Jahre

altes und das andere aus diesem Jahre; dieses rührt von einer jungen Dame her, die in München wegen einer tuberkulösen Coxitis, ich glaube vor 1 Jahr, operiert worden ist. Schon dort hatte sich Eiterharn eingestellt mit, wie Pat. angiebt, wiederholt und stets negativem Bazillenbefunde. Positiv fiel dieser erst in Libau bei einer Untersuchung durch Dr. B. aus. In dem hier ausgestellten eigenen Präparat fanden sich, allerdings nach längerem Suchen einzelne anscheinend charakteristische Tuberkelstäbchen und Stäbchengruppen.

Mit diesen echten Tuberkelbazillen haben nun jene demonstrierten unechten eigentlich nur die Farbe gemein, aber diese erscheinen schon im ersten Präparate nicht so weinrot, wie bei TB., sondern ins Violette schimmernd. Um Gruppenbildung und zwar schwer zu findende hingegen handelte es sich in diesen Fällen ebenso wie bei TB. Am auffallendsten und differentiell diagnostisch darum hauptsächlich entscheidend war der Grössen- und Formenunterschied der Bazillen der einen und anderen Art. In den beiden Fällen unechter Tbazillen handelt es sich um kurze rel. plumpe Stäbchen von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ der Tbazillenlänge. Es fehlte gänzlich der bei diesen so häufige körnige Zerfall der Stäbchen und endlich fiel die grosse Zahl der zu einer Gruppe vereinigten Bazillen, gegen 50, sowie ihre Einlagerung in ein strukturloses, von Eiterkörperchen freies Feld.

Trotz fehlender Alkohol-Entfärbung, die ja auch nur im positiven Falle und nicht im negativen entscheidend ist, in seinem Falle übrigens absichtlich unterlassen wurde, um das seiner Erfahrung nach seltene und darum leicht irreführende Präparat demonstrieren zu können, konnte in diesen Fällen auf Grund allein des morphologischen Verhaltens die differentielle Diagnose mit Ausschluss der Tub. gestellt werden. Dass andere, auch säurefeste Bazillen, sich wieder anders und den Tbazillen wirklich zum Verwechseln ähnlich verhalten können, darf dabei natürlich nicht ausser Acht gelassen werden.

In der Diskussion spricht sich Dr. Poorten abermals dahin aus, dass das gleichzeitige Vorkommen anderer Baz. im Präparate falls es sich nicht um Katheterharn handelt durch Verunreinigungen zu erklären möglich sei, hierauf entgegnet Dr. Hampeln, dass der Punkt auf den es in dieser Streitfrage ankommt, seiner Meinung nach auch dieses Mal von Dr. P. unberücksichtigt geblieben ist, nämlich die sorgfältige Reinigung der Harnröhrenmündung und vulva unmittelbar vor der Harnentleerung, die Benutzung eines reinen Glases zur Uebersendung des Harnes, endlich die rasche Inangriffnahme der Untersuchung. Beobachtet man diese Regeln, wie H. es seit Jahren tut, so könne man seiner Meinung nach auf zuverlässige Ergebnisse der Untersuchung auch ohne Katheterismus rechnen, der in der Privatpraxis

doch oft unausführbar ist. Beobachtet man die Regeln nicht, so scheine auch der Katheterismus vor Täuschungen nicht zu schützen, beobachtet man sie, so halte er wenigstens in gewöhnlichen Fällen den Blasen Katheterismus für entbehrlich. Die Forderung eines Katheterismus in jedem Falle erscheine ihm übertrieben. In den von Dr. P. beanstandeten Fällen einer Streptokokkurie neben Tbazillen, wie H. es zweimal beobachtet hat, halte er eine Verunreinigung für ausgeschlossen, da die Patienten, in beiden Fällen Knaben, den Haru in der Sprechstunde und in ein reines Glas entleert hatten.

Punkt II. Dr. P. Klemm: Demonstration eines operierten Falles eines Ileocecaltumors, es handelt sich um eine Tuberkulose, der kleinen 11-jährigen auch vorgestellten Pat. geht es gut.

Punkt III. Dr. Biehler über einen seltenen Leprafall mit Demonstration, im Anschluss daran spricht Dr. von Krüden er über Augenlepra.

Meine Herren! Erlaube mir Ihnen einen Leprakranken vorzustellen der in mancher Beziehung, und besonders differential-diagnostisch, gewisses Interesse darbietet. Der Fall ist schon dadurch auffallend, dass der Träger aus einem Milieu stammt, wo sonst Lepra sehr selten aufzutreten pflegt. — Der betreffende Kranke ist ein Deutscher, früher besserer Kaufmann und hat seinen Verkehr in sonst Lepra freien Kreisen. Er giebt an 1887 im Sommer in Majorenhof in einem Hause gewohnt zu haben, dessen Inhaberin notorisch leprös war, mit der er aber sonst gar keinen näheren Verkehr gehabt hat! — Später — 1901 — ist er mehrmals mit dem früher im Leprosorium verpflegten Schornsteinfegermeister Posner, geschäftlich zusammengekommen. — Objektiv bietet der Kränke interessante Symptome eines Nervenfalles von Lepra mit gleichzeitiger, recht seltener Lokalisation von tuberösen Erscheinungen. Der Patient zeigt rechts ein durch lepröse knotige Wucherung verändertes Auge, wie es sonst bei Nerven-Lepra sehr selten vorzukommen pflegt. Wenn wir nach der im Rigaschen Leprosorium angenommenen Nomenklatur den Fall rubrizieren wollen, so müssen wir sagen, dass es sich hier um Lepra Nervorum handelt, welche, später, durch Hinzutreten von tuberösen Erscheinungen eine Lepra mixta geworden ist. Ohne weiter auf die Literatur derartiger Fälle einzugehen, muss von vorn herein bemerkt werden, dass der Fall bemerkenswert ist durch die Masse von Lepra-Bazillen, die aus einem Geschabsel des Augen-Leproms nachzuweisen waren.

(Das Präparat wird demonstriert).

Anamnese: Patient, 58 Jahre alt, stammt aus Kurland, hat 40 Jahre in Riga gelebt. Vor 15 Jahren hat er sich zuerst an einen Arzt gewandt, weil er eine Abtaubung in beiden Armen bemerkte. Er klagte auch über starkes

Schwitzen der Hände und besonders der Füße. 1901: Kältegefühl in Händen und Füßen, das Abtauben wurde stärker besonders an den Ulnar-Seiten beider Arme. Unbeweglichkeit des rechten Daumens und Abmagerung der Hände aufgefallen. Das Schwitzen der Hände und Füße hört vollständig auf. Um diese Zeit haben ihn mehrere Aerzte gesehen. 1902 im Frühjahr — Fieber 2 Wochen. Ob ein Hautausschlag war, weiss er nicht anzugeben. Wurde nach Kemmern geschickt. — Nach Kemmern verschlechterten sich alle Symptome: ständiges Kältegefühl, Gefühllosigkeit und Kraftlosigkeit in Händen und Füßen. — 1902 — im Herbst, ist ihm im Stadtkrankenhaus eine Halsdrüse operiert worden. Dazwischen ist Patient auch verschieden elektrisch behandelt worden. Bereits 1901 bemerkte ein Arzt, dass er das rechte Auge nicht gut schliessen könne. 1903 tritt Rötung und Tränenfluss auf beiden Augen auf. Von 1904 ist er, seiner Augen wegen, in ständiger Behandlung. Ende 1906 traten auf: eine Blase am rechten Daumen und eine Blase an der linken Sohle. — 1907 hat Dr. v. Krüden er worüber er auch berichten wird, von dem sich allmählich entwickelt habenden Knoten am rechten Auge ein mikroskopisches Präparat angefertigt und Diagnose auf Lepra gestellt. Zur Diagnose wurde auch Dr. Hirschberg hinzugezogen und auf seinen Rat ging der Patient ins Leprosorium.

Status: In die Augen springend ist der stapfende, hahnentrittähnliche Gang des Patienten. Die Hände in Krallenstellung. Schwund der Interossei an beiden Händen, zwischen Daumen und Zeigefinger charakteristische Tabatiere, Thenar und Antithenar stark atrophisch, einzelne Finger zum Teil kontrahiert, keine Mutilationen — Vorderarm — Muskulatur, besonders links, ulnarwärts atrophiert. Muskulatur an den Unterschenkeln — atrophisch. Hier treten auch Wadenkrämpfe auf. Wirbelsäule grade. Im Gesicht sind die Augenbrauen in ihrem äusseren Teil gelichtet, besonders über dem rechten Auge. Cilien stark gelichtet. Parese und Atrophie der Orbicularmuskeln, besonders stark am rechten Auge. Die rechte Lippe hängt tiefer als die linke, rechte Nasolabialfalte weniger tief als links.

Die Haut um das rechte Auge etwas erhaben, gerötet. Der Befund an der übrigen Haut zeigt keine Flecken bis auf das kleine Infiltrat um das Auge, denn auf ein solches weist schon der teilweise Schwund der Augenbrauen hin. Narben über den Tibialkanten, des Ellenbogens und an der linken Fusssohle. Circumscribte Anästhesie an der Haut und sonstige Hautatrophien waren nicht aufgefallen! Die Anhangsgebilde der Haut zeigten keine auffallenden Störungen. Von der Seite der Schleimhäute — eine Rhinitis und Pharyngitis. Befund an den Nerven: Die Untersuchung des nerv. opticus ist beeinträchtigt durch das Augen-Leprom, wird aber wahrscheinlich, wie bei Lepra, meist wenig verändert sein. Geruch,

Gehör nicht auffallend tangiert. Trigemini: im Gebiete des Stirnastes, über dem obenbeschriebenen Infiltrate Hypaesthesia, ebenso des Trigemini II Hypaesthesia an den Wangen, unter Augen, an Nasenflügeln und Nasenfalten. Trigemini III und der motorische Ast desselben — frei. — Nervus facialis: beiderseits paretisch, rechts ausgesprochener als links. Von den peripheren Nerven: Anaesthesia in den Gebieten der Auricul. magni hinter den Ohren und Kieferwinkel herum, — das Ulnaris-Gebiet, Peronaeus-Gebiet und weiter hinauf um den n. ischiadicus; auch die Hautäste der Tibiales antici und postici. Ausserdem besteht eine Parese des Peronaeus (der eigentümliche stapfende Gang). Patellarreflexe eher gesteigert. An den peripheren Sensibilitäts-Störungen. Die oberen Grenzen dissoziieren so, dass die Wärme-Anaesthesia höher reicht als Schmerz-Anaesthesien. Die tactile Anaesthesia reicht noch tiefer. Die Schmerz-Hypaesthesia steigert sich peripherwärts und in die Tiefe zur völligen Anaesthesia. Die peripheren Anaesthesien an den Extremitäten reichen ungefähr symmetrisch gleich hoch. — Hinzuzufügen ist noch die palpale Verdickung an den Ulnar-, Auricular- und Peronaeus-Nerven. Innere Organe soweit nachweislich — gesund. Im Urin nichts anormales. Bazillen nur aus dem Leprom des Auges. — Ueber den sonstigen Augenbefund wird Kollege von Krüdenauer das Nähere angeben.

Das Bild, wie es uns heute erscheint macht zmal bei Berücksichtigung des Bazillen-Befundes, keine Schwierigkeiten. Jetzt fragt sich: warum hat der Fall in der ersten Zeit so viel Schwierigkeiten gemacht, wie wir aus der Anamnese ersehen? Patient hatte sich seiner nervösen Erscheinungen wegen, selbstverständlich an die Nervenärzte gewandt und tatsächlich sind es die Nervensymptome gewesen, die ohne Begleiterscheinungen seitens der Haut Schwierigkeiten machen konnten, weil der Kranke viele Erscheinungen zeigte, die auch bei anderen Erkrankungen des Nervensystems in Betracht kommen könnten, sicher wird damals der Gedanke an Syringomyelie vorgeschwebt haben! Bei diesem Patienten sieht man, ausser einigen Abweichungen folgende Symptome, die für einen vorwiegend Nerven-Lepra Fall charakteristisch sind.

Das doppelseitige Ergriffensein des Facialis. Das nahezu gleiche Befallen der Hände und Füsse: Verdickung der Ulnares, Auricul. magn. und der Peronaei;

Trophische Erkrankung der Haut als Blasen am Daumen und an der Sohle, welch letzte eine anaesthetische, glatte Narbe nachgelassen;

Symmetrische Muskel-Atrophie im Gebiete der Hautanaesthesia; zuerst erkrankte die Ulnarseite; Störung der Schweisssekretion; Anhidrosis beschränkt ausschliesslich auf die Partien der Hauterkrankung;

Die Verteilung der Anaesthesie ist auffallend symmetrisch; Symmetrische und systematisch fortschreitende Anaesthesie vom distalen Ende nach dem Centrum sowie nach der Tiefe allmählich abnehmend;

Scoliosis und s. g. Thorax enbateau nicht vorhanden;

Um das rechte Auge ein Infiltrat, Leprom am rechten Auge und typisches Infiltrat am linken Auge.

Angedeuteter Lagophthalmus;

Der Verlauf der Krankheit ist schubweise gewesen, — Etwas abweichend von einem Lepra Nervorum ist erstens: das vereinzelte Infiltrat um das rechte Auge, das eigentlich mehr als tuberöses Infiltrat aufzufassen ist; dann die typische tuberöse Infiltration der Augen, wie sie sonst im Verlauf der Lepra Nervorum nicht vorzukommen pflegte. Das sind differential-diagnostische Momente zwischen Lepra tuberosa und Lepra Nervorum auf die der Herr Special-Kollege sicher noch zurückkommen wird. Während sonst der Verlauf der Nerven-Lepra folgender ist: erst oder gleichzeitig erkrankten Haut und Nerven, an der Haut typische Flecken; allmählich treten dann später die tropho-neurotischen Störungen als Atrophien, Mal perforant, Mutilationen hinzu. Der Augapfel selbst erkrankt nur sekundär durch mangelhaften Lidschluss; in seltenen Fällen gesellen sich dann tuberöse Erscheinungen hinzu. Hier in unserem Falle sind zuerst die Nerven erkrankt, sehr frühzeitig trophische Störungen eingetreten. Flecken waren auffallenderweise nicht vorhanden und im Ganzen früh haben sich circumscripte tuberöse Erscheinungen an Haut und Augen eingestellt. Letztere Erscheinungen berechtigen diesen Fall unter die Gruppe der seltenen Fälle von Lepra mixta einzureihen.

Dr. M. Hirschberg demonstriert Moulagen.

I. — von einem Leprösen einen Fall von Phthisis bulbi, der von Dr. v. Hedenström entfernt wurde.

II. — 1 Fall von Sklerodaktylie der viel Aehnlichkeit mit Lepra hat, von letzterem Falle werden Röntgenogramme gezeigt.

Zu Fall 1 bemerkt Dr. v. Hedenström, dass er die Enucleation ausgeführt, weil das Auge Pat. zu sehr störte.

Dr. v. Hedenström: Ich habe recht viel Gelegenheit gehabt, mich mit der Lepra des Auges bekannt zu machen, da ich in ca. 7 Jahren die Augenerkrankungen im hiesigen Leprosorium, soweit sie specialistischer Hilfe bedürfen, behandle. Das Material ist ein recht grosses, wie viele Fälle es sind kann ich im Augenblick nicht angeben: die ständige Anzahl der Kranken schwankt zwischen 60—80, und Augenaffektionen bei Lepra sind ja sehr häufig, nach Lyder Borthen etwas über 60% und ich glaube dieser Prozentsatz dürfte auch auf das hiesige Leprosorium passen. Affektionen des Auges habe ich bei beiden Formen der Lepra beobachten können, sowohl bei der maculo-anästhetischen als auch bei der tuberösen, namentlich

aber letzterer. Ergriffen wurden fast sämtliche vorderen Teile des Auges und seine Adnexe. So beobachtete ich Affektionen der Stirnmuskulatur, der Supercilien, der Lider, der Cilien, der Conjunctiven, ferner der Episclera, besonders aber — klinisch am wichtigsten — Affektionen des Uvealtractus und der Cornea. Erkrankungen der hinteren Partien des Auges habe ich nicht gesehen, sie mögen ja vorhanden gewesen sein, als primäre Affection am Auge habe ich aber keinen Fall beobachten können. Ueber die pathologische Anatomie ist ja soeben von Dr. von Krüden er eingehend berichtet worden, ich möchte daher nur mit ein paar Worten auf die klinische Seite der Augenlepra eingehen. Bei den Liderkrankungen hätte sich meines Erachtens die Behandlung hauptsächlich auf die operative Behandlung des Ek- resp. Entropiums und der dadurch bedingten Trichiasis zu beschränken. Die hauptsächlichste Beachtung vom klinischen Standpunkte dürften aber die Erkrankungen des Uvealtractus und der Cornea beanspruchen. Was die Uvea anlangt, so gibt es hauptsächlich 2 Erkrankungsformen, die Iritis, resp. die Iridocyclitis und das Irisleprom. Erstere Erkrankung gibt, wenn man sie frisch und nicht als wiederholtes Rezidiv zur Behandlung bekommt, nicht ungünstige Resultate. Hier gelingt es fast stets Heilung ohne Beschädigung zu erzielen. Die Behandlung ist die gleiche wie bei den andern Formen der Iritis: Atropin, Priessnitz, Schwitzkuren und Blutentziehung: nur vor Schmierkuren, sonst so wirksam, ist dringend abzuraten, sie werden auffallend schlecht vertragen. Das Irisleprom ist relativ selten, die Prognose stets eine sehr ungünstige. Es wird empfohlen, im Anfangsstadium zu exstirpieren. Der einzige Fall wo ich ein Irisleprom im Anfangsstadium beobachten konnte, ging aber die Patientin auf die vorgeschlagene Operation nicht ein, da das Leprom keine Reizerscheinungen hervorrief und Patientin sich subjektiv gesund fühlte. Später als auch subjektive Störungen auftraten und Pat. die Operation wünschte, war es zu spät, das Leprom von solcher Ausdehnung, dass ein operativer Eingriff nicht mehr möglich war, ich musste mich auf Linderung der Schmerzen durch Cocain, Adrenalin, Priessnitz beschränken. Der Endausgang war völlige Erblindung und Phthise des Bulbus.

Bei der Hornhaut finden wir 3 Formen der Lepraerkrankung: den Pannus leprosus, die Keratitis superficialis seu nodosa und das Leprom der Cornea. Die leichteren Fälle bei den ersten Formen heilen häufig auch ohne weitere Behandlung, in schwereren Fällen kommt es jedoch zu ausgedehnten Hornhauttrübungen, dann ist eventuell Iridektomie indiziert, jedoch auch hier häufig ohne Erfolg, da ausgedehnte Verwachsungen zwischen Iris und Linse infolge von früheren Iritiden ein Ausschneiden der Iris unmöglich machen. Nur in ein paar Fällen gelang mir eine gute Pupillarbildung. Beim Cornealleprom wird von den Autoren, namentlich von Lyder

Brothen, die operative Behandlung, die Exstirpation der Knoten, empfohlen. Ich bin daher in den ersten Jahren ausgiebig operativ vorgegangen. Ich habe anfangs exstirpiert, später da ich dabei keine dauernden Erfolge sah, bin ich galvanokaustisch vorgegangen. Ich bin mit dem Galvano-kauter tief in das gesunde Gewebe gedrungen, sowohl scleral — als auch cornealwärts. Die Resultate waren, wenn auch anfangs die Erfolge sehr schön schienen, doch stets Null. Rezidive liessen sich nicht verhindern, ja, ich glaube die Beobachtung gemacht zu haben, dass die Wucherungen später nur noch stärker auftraten und heute stehe ich auf dem Standpunkte des *Noli me tangere*. Sie sehen also, dass die Lokalbehandlung wohl in den meisten Fällen recht trostlos ist, sie dürfte sich wohl in den meisten Fällen nur auf Linderung der Beschwerden beschränken, auf Heilung aber Verzicht leisten. — Neuerdings haben wir im Leprosorium viel *Oleum Linocardi* innerlich benutzt. Die Erfolge scheinen recht gute zu sein. Die Symptome am Auge und auch am übrigen Körper gehen auffallend zurück; über dauernde Erfolge können wir allerdings zur Zeit nicht berichten, da uns die längere Erfahrung darin noch abgeht.

Dr. Hirschberg führt an, er habe einmal mit Dr. H. ein Leprom operiert mit günstigem Erfolge (Iridektionie).

Dr. Brutzer referiert einen Fall von Hornhautleprom, den er seiner Zeit im Leprosorium beobachtete. Beide Augen waren erblindet. Ein gelbliches Leprom bedeckte die ganze Hornhaut. Es kam zu einer oberflächlichen Exulceration des Leproms, die trotz aller Therapie in die Tiefe griff. Durch den spiegelnden Grund des Geschwürs konnte Pat. wieder sehen und erfreute sich mehrere Wochen dieses Zustandes; bis an ihr Ende. Das Auge wäre sonst wohl bald verloren gewesen, da sich Hypopyon und Staphylom zum Schluss eingestellt hatten.

Eine operative Behandlung der Irisleprome hält Referent für aussichtslos, da sich stets eine Menge von Leprabazillen neben den Lepromen im Irisgewebe finden und Rezidive unausbleiblich sind.

In gewissen Fällen ist die Diszision der Cornea nach Lincratsam und wurde von Referenten in einem Fall mit dem Erfolge ausgeführt, dass die vom Limbus Cornea ins Pupillargebiet wuchernde Leprombildung an der zentral von ihr gesetzten Hornhautnarbe Halt machte. Allmählich trübte sich das Pupillargebiet aber doch, durch die über die Enden der Narbe vordringenden Bazillen.

Referenten scheint es bemerkenswert, dass die Leprabazillen den vorderen Teil des Bulbus bis zum *corpus ciliare* inclusive befallen und sich hier in Massen finden, während der hintere Abschnitt der Uvea und des *Nervus opticus* von ihnen frei bleiben. In 8 leprös erkrankten Bulbi, die Referent histologisch untersucht hat, konnte er diesen Befund erheben. Wenn

andere Untersuchungen auch in dem hinteren Abschnitt der Uvea vereinzelte Bazillen finden liessen, so bleibt die Tatsache, dass die vorderen Partien bevorzugt sind, doch bestehen. Referent weist darauf hin, dass im Gehirn auch keine Leprabazillen gefunden werden (H. Stahlberg Inaugural-Dissertation) während es ihm gelungen ist in der Dura mater und besonders auch im Duralüberzuge der Hypophysis cerebri Bazillen nachzuweisen.

Dr. v. Krüddener: Es stimme seiner Meinung nicht genau mit den Tatsachen überein. In der Retina und Chorioidea seien Pigmentherde gefunden die aus zerfallenen Bazillen bestehen, auch seien Bazillen im Sehnerven gefunden worden. Dass alle Teile des Auges zu Grunde gehen spräche auch für die Lokalisation der Baz. in allen Teilen.

Dr. von Krüddener: Pat. stellte sich mir am 4. September 1904 vor.

Rechtes Auge: Sehschärfe 1/7. Leichte pericorneale Injection. Auf der Descemetischen Membran zarte Niederschläge. Im oberen Teil der Iris bis an die Pupillargrenze reichend eine kleine erbsengrosse Neubildung von graugelber Farbe. Da die Affektion die grösste Aehnlichkeit mit einem Gumma hatte, verabfolgte ich Jod. Nach 14-tägiger Behandlung mit Injektion von Jodipin 25% pro die 10,0 ging die Neubildung gradatim zurück, die Iritis schwand und nach weiteren 6 Wochen gab sich die pericorneale Injektion und das Sehvermögen hob sich bis auf 1/4.

Das linke Auge war gesund und hatte Sehschärfe 1/2. Pat. teilte mir ferner mit, dass er wegen chronischer Bleivergiftung in ärztlicher Behandlung stände.

Im Frühling 1905 erkrankte er wieder auf dem rechten Auge und ging in andere Behandlung über, bei welcher er bis zum Februar 1907 verblieb. Am 15. Februar 1907 fand ich an der äusseren Corneoscleral-Grenze eine zart-gelblich-rosa gefärbte Verdickung, welche mit einem leichten Bogen in die Hornhaut reichte und in einer Oberflächentrübung der Hornhaut endete. Der Bulbus war gereizt, die Iris wies zahlreiche hintere Synechien auf und der Visus betrug 1/200.

Das Tränen, welches den Pat. schon in früheren Jahren gequält hatte, nahm sichtlich zu und die Injektion des Auges wurde trotz Jodgebrauch stärker. Ich hatte nun schon den Eindruck, dass es sich nicht um Lues sondern um Lepra handele. Ende März entfernte ich einen Teil der Neubildung mit dem Messer und das Mikroskop bestätigte diese Diagnose. Der Durchschnitt des Präparetes, den ich heute demonstriere zeigt zunächst ein mehrfach geschichtetes gewuchertes Epithel, in welchem sich keine Bakterien finden, darunter Lymphzellen und epitheloide Zellen, welche massenhaft Lepra-Bazillen enthalten. Vortr. bespricht dann im Allgemeinen die leprösen Erkrankungen des Auges, die Differential-Diagnose zwischen Lues, Tuberkulose und Lepra. Aeussert ferner die Ansicht,

dass die Erkrankungen der Augen oft von der Erkrankung bestimmter Nasenteile ausgehen, wobei in der Regel kurz nacheinander beide Augen erkranken.

Referiert dann über eine Reihe von ihm ausgeführter Operationen bei Leprösen und kommt zu dem Resultate, dass nicht nur die medicamentöse Therapie sondern auch die meisten chirurgischen Eingriffe am Auge sehr wenig Erfolg brächten. Die reaktive Wucherung ist nach Entfernung von Lepromen der Hornhaut und Lederhaut so stark, dass die Neubildungen nach kurzer Zeit vergrössert wieder da sind. Eine Entfernung von Lepromen aus der Iris hat keinen Zweck, obschon der Eingriff fast immer anstandslos vertragen wird. In vereinzelten Fällen schafft eine Iridektomie einigen Nutzen, obschon auch hier von einem wirklich bleibenden Erfolg nie die Rede sein kann. Interessant in dem vorgestellten Falle ist, dass Leprome der Iris auftreten und vergehen können, überhaupt wird bei Lepra oft ein schubweises Entstehen der Erscheinungen beobachtet, besonders bei der Keratitis superficialis leprosa und bei der lividen Randepiscleritis.

Dr. Hirschberg bemerkt, dass die Infiltrate grösser an den Partien sind, die Schädigungen ausgesetzt sind. Man findet an der Haut dort Infiltrate, wo Druckerscheinungen vorhanden gewesen. Der ganze Lepraprozess geht von der Peripherie zum Centrum. War also genügend Zeit zur Entwicklung des Proc. vorhanden, wird man auch in den zentralen Teilen mehr Baz. finden. Gewöhnlich kommt es nicht dazu. Doch können in jedem Organ Baz. gefunden werden.

Dr. Stavenhagen: Die Therapie bei der Lepra ist ungünstig, es erblinden von den Leprösen ca. 80%, mehr noch Männer.

Dr. von Krüdener. Es ist eine eigentümliche Erscheinung bei den Leprösen, dass beide Augen in kurzen Intervallen erkranken, es wäre künstlich stets von einer rein endogenen Erkrankung zu sprechen. Die Augen erkranken häufig dann wenn bestimmte Bezirke der Nase erkrankt sind, von hier aus geschieht die Weiterverbreitung auf dem Lymphwege. In vielen Fällen könnte trotzdem eine rein endogene Erkrankung vorliegen.

Dr. R. von Sengbusch,
d. Z. Secretär.

Sitzung am 7. November 1907.

Anwesend 63 Mitglieder und als Gäste die Dr. Dr. Wendel und Maximowitsch. Eingelaufen das Programm des IV. Aerztetages am 11., 12., 13. November zu Reval. Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Schabert die Vidal'sche Reaktion in ihrer makroskopischen Form am Typhusserum. Er empfiehlt dieselbe besonders für den Betrieb in Krankenhäusern und Kliniken, weil sie leichter kontrollierbar ist: sie könne vom Hilfspersonal im Laboratorium angestellt und dem Arzt bei der nächsten Visite vorgelegt werden, während die mikroskopische Agglutinationsprobe in einem Tempo erledigt werden müsse. Die makrosk. sichtbare Agglutination ist weiter absolut beweisend, während bei der mikrosk. noch ein Schwanken im Urteil möglich ist und drittens werde sie von Stunde zu Stunde deutlicher und daher sicherer, während die mikroskopische Untersuchung je länger sie währe, ein um so unsichereres Resultat gäbe (durch Verdunstung des hängenden Tropfens).

Dr. von Sengbusch demonstriert einen Patienten, der am 24. Juli eine relativ leichte Verletzung der l. Hand sich zugezogen hat, es hatte sich um Schnittverletzungen der 3 letzten Finger der linken Hand gehandelt. Die Nägel waren an ihrer Basis durchschnitten und die Weichteile der Fingerkuppen abgeschnitten. 30. August kam er in seine Behandlung zur Massage, die Grundgelenke der Finger waren frei, die interphal. Gelenke versteift, 8 Tage darauf erkrankte er mit Schüttelfrost, hohem Fieber, letzteres hielt ca. 8 Tage an, sofortige heftige Arm- und Handschmerzen linksseitig, und starke Schwellung, es liess sich eine heftige Angina nachweisen. An der Hand bildeten sich 5 nekrotische Stellen und zwar auf dem dorsum genau entsprechend den Abzweigungen der Arterien für die einzelnen Finger, die necrot. Stelle zwischen Daumen und Zeigefinger stiess sich nach ca. 8 Tagen ab und heilte gut. Die anderen Stellen haben sich schon mehrfach gereinigt, d. h. grosse necr. Pröpfe sind abgestossen worden, es bilden sich aber stets von neuem an derselben Stelle Necrosen und kommt es nicht zur Heilung. Zum Glück sind die Sehnen nicht in Mitleidenschaft gezogen. Der Fall könnte aber zu Schwierigkeiten Anlass geben, da es ein Unfallpatient ist und diese Schädigung obgleich entschieden mit einer sept. Angina in Zusammenhang stehend — die früher beschädigte Hand betroffen hat. Eine eventuelle Schädigung der Gefässe und dadurch veranlassendes Moment zur Erkrankung müsse ja wohl auch bei der Begutachtung zugegeben werden.

Punkt I der Tagesordnung: Dr. Schröder hält seinen Vortrag «Ueber Schmerzen bei manisch-depressivem Irresein.» (Erscheint im Drucke.)

In der Discussion führt Dr. Tiling aus, dass in dem Vortrage von Dr. S. zum ersten Mal durch scharfe Beobachtung und fleissige Sammlung von Tatsachen das Symptom der diffusen Schmerzen im Kopf, den Extremitäten und anderen Körperteilen als wichtiges und sehr häufiges Symptom im Verlauf des manisch-depressiven Irreseins festgestellt worden sei. Indem die Wissenschaft sich diese Erfahrung aneignen werde, würden sich aus diesem neuen Symptom leicht weitere wichtige Schlüsse über Abgrenzung und Wesen dieser Krankheitsform ziehen lassen. Die Schmerzen seien ganz anderer Art als die früher von Schüle beschriebenen neuralgischen bei gewissen Psychosen.

Dr. Hampein bemerkt, dass ihm die Arbeit Schr. nach 2 Richtungen interessant erscheint. Einmal zeigt sie wieder, wie bei ganz bekannten Krankheiten eigentümliche Merkmale dennoch lange Zeit unbeachtet bleiben können, bis sich endlich einer findet, der sie aus diesem Stadium des Unbeachtetseins befreit. Das hat in diesem Fall Schr. mit seinem Hinweis auf die bei manisch-depressiven Zuständen auftretenden quälenden Schmerzen, besonders der Extremitäten getan. H's besonderes Interesse erregt die Arbeit aber auch darum weil er in seiner Praxis seit nun ca. 35 Jahren, einen von Spezialkollegen oft beurteilten Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, in dem dieser Extremitäten- und Rumpfschmerz zwischen den regelmässig alljährlich wiederkehrenden ganz typischen Depressionszuständen, eine Hauptklage bildete, die keine ihn befriedigende Erklärung fand. Durch die Mitteilung Schr's scheine ihm die Natur auch dieses Falles aufgeklärt zu sein. Die Schmerzen erreichten oft Nachts einen hohen Grad, waren durch keinerlei Beruhigungsmittel zu beseitigen und wurden allein durch Umschläge während der Nacht gelindert. Noch eines zweiten auffallenden Symptomes, das aber nicht so regelmässig auftrat, wolle er erwähnen, das waren starke Schweisse, gleichfalls vorzüglich nachts, sodass, wie Pat. sich ausdrückte, die Wäsche gewechselt werden musste. Eigentlich hysterische Merkmale lagen bei dieser sonst sehr gesunden Frau nicht vor. Der sozusagen psychogene od. centrale Charakter der Schmerzen zeigte sich auch darin, dass bei Ablenkung der Aufmerksamkeit anscheinend keine Schmerzen erzeugt wurden und dass die Patientin über die Schmerzen eigentlich mehr, wenn auch im Superlativus, objektiv referierte als subjektiv klagte. Sie sprach von den «furchtbaren» Schmerzen mit heiterem Gesichtsausdruck.

Dr. Büttner: Ich möchte den Kollegen Schröder befragen, ob unter den Anfällen von Migräne, deren Vorkommen er bei seinen Kranken beobachtet hat, gelegentlich auch vollausgesprochene Anfälle mit Aura und mit erleichterndem Erbrechen gegen Ende der Anfälle vorkamen? Oder handelte es sich ausschliesslich um Kopfschmerzen, welche mit der Migräne nur die Periodicität und die Halbseitigkeit des Schmerzes

gemein hatten, welche Anfälle dann mit der eigentlichen Migräne ja nichts zu tun hätten?

Zu dem vom Collegen genauer beschriebenen Falle möchte ich sagen, dass die Periodicität der Magen-Erscheinungen ja wohl durchaus für die neurogene Natur derselben zu sprechen scheint, umsomehr als zugleich periodische psychische Erkrankung vorlag. Welcher Art freilich diese periodischen Magen-Erscheinungen waren, ob es sich dabei um etwas Aehnliches wie gastrische Krisen oder um periodisches Erbrechen oder um periodische Hypersecretion oder um andere periodisch auftretende Erscheinungen des Magens gehandelt haben möge, geht aus der Krankengeschichte nicht hervor, da die diesbezüglichen Angaben zur Beurteilung dieser Frage nicht ausführlich genug sind.

Dr. Ed. Schwarz erkundigt sich nach dem Verhalten des Harnes.

Dr. Schröder entgegnet, dass er die Kopfschmerzen nicht als symptom. Migräne auffasst, Erbrechen schloss den Anfall nicht ab. Der Harn sei chemisch nicht regelmässig von ihm untersucht worden, einen Zusammenhang der Beschwerden mit der Gicht hält er für ausgeschlossen. Er macht auch darauf aufmerksam, dass z. B. die Gicht bei Männern sehr viel häufiger sei, während umgekehrt das manisch-depress. Irresein bei Frauen häufiger zu beobachten sei.

Dr. von Holst: Zum Vortrage von Dr. Schröder. An die interessanten und neuen Beobachtungen Dr. Schröders reihen sich die Fälle von Ebstein — Goettingen und Lange — Kopenhagen, die an eine gichtische Grundlage bei ihren deprimierten Kranken glaubten, während Kraepelin und Willmanns auch diese Fälle dem manisch-depressiven Irresein zugezählt haben. Ueber Schmerzen bei derartigen Kranken könnte er nur wenig berichten, dagegen habe er eine ganze Reihe beobachtet, bei denen das Depressionsstadium von dyspeptischen Beschwerden begleitet oder gar verdeckt war. Als besonders charakteristisch erscheine ihm das Leiden eines Kollegen, der seit 18 Jahren in annähernd gleichmässigen Zeiträumen von Verdauungsbeschwerden aller Art befallen wurde, die sein Interesse ganz absorbierten und ihn völlig arbeitsunfähig machten. Alle Kuren erwiesen sich als nutzlos und jetzt, seitdem er sich von der psychischen Grundlage seiner zeitlich begrenzten Stimmungswechsel und ihrer dyspeptischen Begleiterscheinungen überzeugt hat und in Folge dessen keine Magenkuren mehr anwendet befindet er sich eher besser als zuvor, wo die Erfolglosigkeit aller therapeutischen Versuche ihn entmutigte.

Dem schliesst sich Dr. Sokolowsky voll an.

Es lässt sich annehmen, dass sich an der Hand der besprochenen Frage die Diagnose des manisch-depress. Irreseins eine wesentliche Förderung erfahren könnte. In letzter Zeit ist die Grenze zwischen man.-depress. Irresein und d. dementia

praecox stark verwischt worden. Dr. Schröder hat das Verdienst die Tatsache der Schmerzen bei man. depress. Irresein als Erster zusammenfassend behandelt zu haben.

Dr. v. Engelhardt. Der Symptomenkomplex der circulären Psychosen ist kein bestimmt abgegrenzter. Der Internist ist häufig in der Lage eine gewisse Periodicität nervöser Erkrankungen zu sehen, bei denen die psychischen Symptome kaum angedeutet sind, wohl aber die Schmerzen einen ähnlichen Charakter aufweisen, wie die vom Vortragenden geschilderten. Die Schmerzen sind, wie der Votr. hervorhob, nicht wie die Neuralgien auf den Verlauf eines Nerven beschränkt: es schmerzt der Kopf, der Magen, Arm od. Bein. Solche Schmerzen kennen wir als Symptom von Gefässerkrankungen (auch mit Vertaubung auftretend). Und gerade bei diesen sehen wir eine auffallende Periodicität. Ob der Sympathicus dafür verantwortlich gemacht werden darf, erscheint wahrscheinlich, ist aber noch nicht erwiesen. Wenn aber die Magenschmerzen mit Hyperacidität verbunden sind und periodisch auftreten, dürfte wohl der Sympathicus daran Schuld sein. Es ist doch nicht von der Hand zu weisen, dass Cirkulationsschwankungen ebensowohl die Periodicität der psychisch depressiven und manischen Zustände hervorrufen können, wie die zeitweise auftretenden Schmerzattaquen (auch mit Erbrechen). Dennoch erscheint es mir nicht ungerechtfertigt, neben allgemeinen hydriatischen Prozeduren auch das speziell von Schmerzen befallene Organ zu behandeln. Die leichte Form der circulären Psychose gehört nicht eo ipso zur Domäne des Irrenarztes. Wenn wir einem solchen Patienten jeden intensiveren Reiz vom Magen fernhalten, ihn ev. leichte Karlsbader Kuren brauchen lassen, so gibt sich die Uebererregbarkeit der Magenerven. Auch die Diät ist von Einfluss.

Dr. Büttner: Zur Frage, ob die periodisch auftretenden pathologischen Magen-Erscheinungen in Fällen von periodischen Geisteskrankheiten das Primäre darstellen können, was gewissermassen die psychische Störung zur Folge haben sollte, muss ich mich ablehnend verhalten, wie es auch Dr. Schröder tat. Ich stelle mir aber die Sache so vor, dass auch die Magen-Erscheinungen nicht von der Geistesstörung abhängig zu sein brauchen, sondern dass es sich in diesen Fällen um ein gleichzeitiges oder auch zeitlich getrenntes Befallenwerden sowohl der psychischen Centren, als auch der Centren, die den verschiedenen Funktionen des Magens vorstehen, respective Beziehungen zu denselben haben, handelt; dass es sich also um ein «Nebeneinander» handelt. Und zwar dürften diese Centren des Centralnervensystems von einer und derselben Noxe betroffen werden, über deren Natur wir allerdings vollkommen im Unklaren sind. Den eigentlichen locus morbi möchte ich jedenfalls bei den periodischen Magen-Erscheinungen nicht in die Peripherie — im Magen selbst

oder in den peripheren Abschnitten seines Nerven-Apparates — suchen, sondern in Centren, im Secretions-Centrum oder im Brechcentrum, oder in anderen Centren, welche zu den Magen-Functionen in irgend welcher Beziehung stehen. Ich glaube, dass wir überhaupt bei den ausgesprochen periodischen Krankheiten des Magens und auch anderer Organe immer mehr dazu kommen, den locus morbi in den Centren und nicht in der Peripherie des betreffenden Nervenapparates zu suchen. Damit soll nicht die Möglichkeit bestritten werden, dass etwaige periphere organische Veränderungen die Rolle eines praedisponirenden Momentes beim Zustandekommen des Anfalles spielen können, denn Centren und Peripherie stehen in ständigen Wechselbeziehungen zu einander.

Dr. Tiling: Gegen Dr. v. Engelhardt bemerkt er die geschilderten Schmerzen könnten nicht auf vasomotorische, überhaupt Circulationsstörungen zurückgeführt werden, denn erstens träten sie meist später zu den übrigen Symptomen des manisch-depr. Irreseins hinzu und II. liesse sich ihre wechselnde Ausbreitung sowie ihr periodischer Verlauf nur auf Reizung und Schwächung des Centralorgans beziehen.

Dr. Hampeln schliesst sich T. Auffassung an, dass Gefässanomalien, Sclerosen, Vasoneurosen oder gichtische Einflüsse zur Erklärung dieser Schmerzen nicht herangezogen werden können. Ihr Charakter und ihre Ausbreitung spräche dagegen. In seinem Falle erwiesen sich alle anderen Systeme als ausserordentlich gesund, es bestanden allerdings leichte gichtische Zeichen an Finger und Zehen, ohne dass daraus auf die gichtische Natur der diffusen Schmerzen geschlossen werden dürfe. Auch sei der Harnbefund in solchen Fällen vieldeutig, d. h. uratreiche Harne beweisen keine Gicht und andererseits sei gerade bei typischer Gicht der Harn oft normal und weise keine vermehrte Harnsäure auf. In seinem beobachteten Fall war der Harn ebenso wie die Verdauung stets völlig normal.

Dr. von Sengbusch.
d. Z. Sekretär.

Sitzung am 21. November 1907.

Anwesend 57 Mitglieder, als Gäste die Dr. Dr. Mende, Sarfels, Brennsen, Pincker.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. Eliasberg einen Pat. mitluet. Primäraffect und voll ausgebildetem Exanthem.

Dr. Sarfels als Gast hält seinen angekündigten Vortrag über die Spondylitis tuberculosa.

In klarer prägnanter Form bespricht Redner die einzelnen Formen und den verschiedenen Sitz der Erkrankung und

nachdem er in den einleitenden Worten die Allgemeinbehandlung des Patienten besprochen geht er zur speziellen Behandlung desselben über, deren Haupterfordernis in Ruhelagerung und Entlastung der erkrankten Wirbelpartien gipfelt. Er zeigt einige Kinder in verschiedenen Gypsverbänden bei Hals- Brust- und Lendenwirbelerkrankung und auch ganz vortrefflich gearbeitete Gypsbetten und Celluloidhülsenapparate. Auch die fehlerhafte Construction eines Ledercorsettes ohne Stütze auf den Hüftkämmen und der Stoffkorsette ohne genügende Stützpunkte werden erwähnt. Eine Reihe Photographie und Präparate von Wirbelerkrankungen vervollständigen den interessanten Vortrag, in dem auch das verständliche Bedauern ausgedrückt wurde, dass es bei uns an den Strandorten, deren Klima sich speziell für die Knochentuberkulose so überaus eigne noch kein Sanatorium für derartige Patienten gäbe. (Die Arbeit erscheint in d. Petersb. Med. Zeitschrift.)

Dr. Böhlendorff, der mit den Ausführungen übereinstimmt, meint dass Ruhelage doch nur im festen Gypskorsette zu erreichen sei, ein Wechsel des Hemdes, der Reinlichkeit wegen, sei bei Anwendung eines Tricotstoffes möglich, nach Annähern des reinen Stückes, werde das alte nach unten hin ausgezogen. Die Hauptsache sei die frühzeitige Diagnose der Spondylitis, bei dann sofort angelegtem Gypskorsette sei die Gefahr einer Gibbusbildung keine grosse.

Dr. Paul Klemm: Wichtig sei natürlich, ebenso wie bei jeder anderen Tuberkulose der Knochen und Gelenke eine frühzeitige Diagnose und die sofortige Ruhigstellung. Die Wirbelkörper müssen so lange wie möglich entlastet werden, nebenbei käme aber der Aufenthalt in frischer Luft und gute Ernährung als wesentlich hinzu, ersteres sei wohl wie Vortragender gezeigt hat in allen Fällen möglich, letzteres leider nicht. Ein Ausgleich der Difformität sei nur möglich in frühzeitigen Fällen, wo noch keine Konsolidation eingetreten, erreicht man doch noch etwas. Die Versuche die schon eingetretene Verkrümmung durch Auseinanderbreiten der Winkel auszugleichen, sei ein Fortschritt der Prinzipien der Behandlung, wie sie schon von Volkmann und König mustergültig aufgestellt seien.

Dr. Sokolowsky bestätigt die Ansicht des Vortragenden, der das Urteil der Neurologen darüber sich erbeten, dass bei der Myelitis transversa mit Unterbrechung der Leitung zum Hirn eine Faradisation der Muskulatur wohl vollkommen aussichtslos sei.

Dr. von Sengbusch.
d. Z. Sekretär.

Sitzung am 17. Oktober 1907.

Anwesend 67 Mitglieder, als Gäste DDr. Maximowitsch, Brennsohn, Loppnowe.

Der Präses macht der Gesellschaft Mitteilung von dem am 9. Okt. erfolgten Ableben des Koll. Halle, der erst in diesem Jahre Riga verlassen und korrespondierendes Mitglied geworden war. Die Ges. ehrt sein Andenken durch Sicherheben von den Sitzen.

Punkt I. Dr. Poorten zeigt ein Präparat, das von einer 53-jährigen Pat. stammt, die ein ausgebreitetes jauchendes Zervixkarzinom hatte. Pat. kam am 9. Juli 1907 schwer blutend in seine Ambulanz im Roten Krenze. Die ganz ausgeblutete P. tamponierte er und schickte sie sofort in die Klinik von Dr. Hach, wo er sie 2 Stunden darauf mit Auskratzung und Paquelin behandelte. Eine eventuell noch mögliche abdominale Radikaloperation war durch den Zustand der Pat. ausgeschlossen. 2 Tage nach dem Ausbrennen der Karzinomhöhle Einlegen eines mit 30% Chlorzink getränkten Tampons in diese. Der Tampon bleibt 2 mal 24 Stunden liegen. Da die Vagina nicht gut geschützt war, leidet Pat. zuerst an Verbrennungserscheinungen der Schleimhaut unter starker Temperatursteigerung, die nach 2 Tagen nachlassen. Nach einer Woche Ausstossung des demonstr. Präparates, es stellt einen vollen Ausguss des Vaginalgewölbes dar, an dessen Kuppe dickere Teile sitzen. Die Untersuchung der Vagina zeigt eine glatte granulierende Höhle an der Stelle, wo das Karzinom sass. Mikrosk. Schnitte durch die Kuppe des Abgusses zeigen Karzinomgewebe. Die Pat. entzog sich leider weiterer Beobachtung. Sie fühlte sich nach Abklingen der Verbrennungserscheinungen der vag. relativ wohl, verlor kein Blut mehr und hatte keine übelriechende Absonderung. Dr. Poorten weist darauf hin, dass in letzter Zeit von vielen Seiten aufgefördert wird, energische Chlorzinkbehandlung mit 30 und 50% Lösungen bei inoperablen Karz. zu machen und die Resultate sehr gute seien, ja selbst vollkommene Heilungen erzielt worden wären. Die Fälle von Czerny, Fränkel, Prochownik und andere, in letzter Zeit der Fall von Albert Blau aus der Chrobak-schen Klinik zeigen die günstige Wirkung solcher Aetzungen.

Dr. v. Knorre berichtet über einen einschlägigen Fall, den er vor 9 Jahren als inoperabel erkannt, dann 6 Jahre lang unter symptomatischer Behandlung beobachtet habe, er wende keine Chlorzinktamppons an, sondern kauterisiere nur, auch dürfen, um befriedigende Resultate zu erzielen, die Karzinome nicht zu den ganz weichen gehören, hier bestehe die grosse Gefahr der Blutung. Auch im Poorten'schen Falle, meint er, liege ein besonderer Glücksfall vor, dass das Peritoneum nicht in Mitleidenschaft gezogen sei.

Dr. Poorten. Mit leichten Aetzungen sei in solchen Fällen wenig getan, man müsse energische Mittel anwenden. Das Peritoneum scheine gerade den Schädigungen, die auf dasselbe einwirken könnten, einen besonders energischen Widerstand entgegenzusetzen, am Peritoneum mache die Verbrennung in Folge der Aetzung halt. Zu Gunsten der Wertheim'schen Methode der Behandlung mit Chlorzinkätzung sprächen sich jetzt viele aus. Auf Grund der Statistik liesse sich freilich der faktische Erfolg noch schwer beurteilen. Vom Schorfe seines Präparates seien mikrosk. Schnitte gemacht und lassen die Präparate sehr schön das karzinomatöse Gewebe erkennen.

Dr. v. Rimscha demonstriert einen operierten Fall von links. Highmorshöhlenempyem.

Patientin E. L. 36 a. giebt an, vor 5 Wochen unter linksseitigen Kopfschmerzen, Schwellung der Wange und heftigen Zahnschmerzen erkrankt zu sein. Nach Entfernung des II. Buccalis vom Arzt auf dem Lande keine Besserung. Nach Angaben der Pat. ist nur die Krone des Zahnes krank gewesen, die Wurzel gesund. Vor 3 Wochen ist es zu einem Durchbruch des Eiters unterhalb des Auges gekommen.

Stat. praes. am 6. Oktober 1907: Starke Schwellung der linken Wange, die Haut infiltriert, in der Gegend des unteren Orbitalrandes, mehr nach aussen, eine Fistel, aus der sich bei Druck auf die Umgebung Eiter entleert kleine Fistel über der Lücke des II. Buccalis. Das linke Auge beweglich, sieht. Nase frei, im mittleren Nasengang geringe polypoese Schwellung, kein Eiter. Beim Versuch einen Troikart durch den unteren Nasengang in die Highmorshöhle einzuführen, hat man nicht das Gefühl einen Knochen zu durchstossen, sondern gelangt in eine weiche Masse, wie Butter. Das Durchblasen misslingt, mithin ist die natürliche Oeffnung zur Nase verlegt. Beim Entfernen des Troikarts folgt eine äusserst übelriechende, jauchige Flüssigkeit. T. 37.8. P. 135.

Diagn.: jauchiges Empyem der 1. Highmorshöhle, beginnende Sepsis. Sofortige Ueberführung ins Diakonissenhaus.

Sofortige Operation nach Friedrich Denker — Urin: kein Eiweiss, kein Zucker. Sehr grosse Highmorshöhle. Nach Auftupfen des jauchigen Inhalts und Auskratzen der schwammigen Schleimhaut erweist sich das obere Dach der Highmorshöhle resp. untere Wand d. Orbita zum grössten Teil defekt. Beim Sondieren der Fistel gelangt man nicht tief und zwar in der Richtung zur Orbita. Des jauchigen Inhalts wegen wird nicht genäht; es wird ein schmaler Jodoformgazestreifen durch den unteren Nasengang und ein breiter Jodoformgazestreifen von der fosa canina aus in die Highmorshöhle eingeführt. Trotz unangenehmer Atmungsstörungen bei der Narkose ist Patientin am anderen Morgen relat. wohl.

Nach 2 Tagen wird der breite Jodoformgazestreifen entfernt, der schmale erneuert. Die Wunde zum Munde heilt rasch.

Einige Tage nach der Operation nimmt Kollege Zwingmann einen genauen Augenbefund an. Abgesehen von den Veränderungen der Lider handelt es sich bei freien Augenbewegungen um eine leichte Verschiebung des Augapfels nach vorn und nach oben.

9 Tage nach der Operation trotz allg. Wohlbefindens und normaler Temperatur P. 100 sehr labil. Koll. Dietrich stellt rauhe Töne an der Herzspitze fest, als Zeichen einer schwer überstandenen Krankheit. Digitalisinfus.

Heute am 11. Tage nach der Operation ist die Wange noch leicht geschwollen, der linke Mundwinkel steht etwas tiefer als der rechte. Koll. Schwartz konstatiert im linken Mundfacialis eine herabgesetzte Erregbarkeit.

Interessant ist der Fall sowohl wegen der Schwere an und für sich und des sehr glücklichen Verlaufes, als besonders wegen seiner Augenkomplikationen. Gewöhnlich bedingen Stirnhöhlen resp. Siebbeinzellenempyeme oder kombinierte Empyeme Augenkomplikationen, doch dass ein reines Highmorschöhlenempyem eine so weite Augenkomplikation nach sich zieht, gehört jedenfalls zu den grössten Seltenheiten.

Dr. Zwingmann hat das Auge 3 Tage lang nach der Operation untersucht, es bestand Prominenz des bulbus, es war aber frei beweglich, symmetrisch mit dem anderen Auge, Sehschärfe links kaum $\frac{1}{4}$, rechts die volle. Augenspiegelbefund vollkommen gleich und normal und ist auch so geblieben, auch eine leichte Prominenz ist zurückgeblieben, die Sehschärfe hat sich gebessert, das Gesichtsfeld ist normal. Ein Durchbruch einer Eiterung in die Orbita ist nicht so selten, auch mit ungünstigem Ausgang fürs Auge, in diesem Falle ist der günstige Ausgang der Fistel zuzuschreiben, die sich rechtzeitig noch vor der Operation gebildet hätte.

Angeborene Defekte an der Orbita kämen aber auch vor, natürlich kann in diesem Falle das Fehlen der Orbitalwand mit dem Krankheitsprozess in Zusammenhang gebracht werden.

Dr. v. Rimscha. Ob die ganze Wand der Orbita fehlen könne sei doch fraglich, hier handelte es sich um eine glatte weiche Membran, die die Orbita bildete, offenbar sei der Knochen zerstört worden. Patientin gab zu, in früherer Zeit auch schon an Zahnschmerzen gelitten zu haben, obgleich der gehobene Zahn nur an der Krone angeblich erkrankt gewesen sein soll.

Dr. v. zur Mühlen meint, dass das Auge sehr tolerant sei und die Orbita durch Erkrankung von der Highmorschöhle her nicht stark gefährdet sei; dagegen seien die Keilbeinhöhlenerkrankungen für die Orbitalhöhle sehr viel gefährlicher und durch direkte Infektion werde der nerv. opticus oft in Mitleidenschaft gezogen.

Dr. v. Krüden er betont auch, dass die Prognose des Sehvermögens vom Sitze der Phlegmone abhängt, dabei können sehr grosse und schlimm aussehende Phlegmonen das Auge intakt lassen, dasselbe sei durch seinen starken Fascienapparat sehr geschützt und daher gefährde ein Durchbruch von der Stirn resp. Oberkieferhöhle das Auge relativ wenig, wohl aber ein solcher von der Keilbeinhöhle, besonders gefährlich sei die Erkrankung der orbitalen Fettmassen.

Dr. Zwingmann giebt nicht zu, dass die Durchbrüche von der Kieferhöhle als nicht gefährlich zu betrachten seien.

Dr. Stavenhagen führt an, er habe viele Fälle beobachtet und sie seien mit günstigem Erfolge operiert worden, es käme der Fistelschutz und die frühzeitige Operation in Betracht, um das Auge vor Schädigungen zu schützen.

Punkt II. Dr. Ed. Schwartz demonstriert einen geheilten Fall von Meningitis bei einem Mädchen, welches mit Lumbalpunktion behandelt worden.

Punkt III. Dr. Ed. Schwartz hält seinen Vortrag über die Symptomatologie der Stirnhirntumoren und nicht wie durch ein Versehen des Sekretärs angezeigt war über Stirnhöhle ntumoren.

(Autoreferat).

Dr. Ed. v. Schwartz berichtet über die im letzten Jahre beobachteten Fälle von Tumor des Gehirns auf seiner Abteilung, deren Diagnose, durch Sektion oder Operation bestätigt worden ist. Im Herbst 1906 seien zu gleicher Zeit 2 Kleinhirn- und 2 Grosshirntumoren in der Abteilung beobachtet worden; die beiden Kleinhirngeschwülste wurden durch Sektion bestätigt; bei den Grosshirntumoren konnte eine speziellere Diagnose gemacht werden; beide zeigten in vivo nur eine Facialislähmung als einziges Ausfallssymptom; die Sektion ergab maligne Tumoren im Grosshirn, in der weissen Substanz; sie hatten beide die Capsula externa zerstört; die Lähmung des Facialis wäre aber in beiden Fällen auf die unteren Teile desselben beschränkt gewesen.

Im Laufe des Frühjahrs seien dann interessantere Fälle zur Beobachtung gekommen; ein Fall von Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels sei durch die Operation (Dr. v. Bergmann) an der angenommenen Stelle gefunden — zum Teil entfernt worden, als erstes Symptom wäre zentrale Taubheit auf dem Ohr aufgetreten — vor Eintritt der Allgemeinerscheinungen; die Pat. hatte jedoch keine sehr quälenden Erscheinungen, kam spät zur Beobachtung und Operation, der Tumor wäre klein-äpfelgross gewesen, hätte den Pons und Med. obl. stark komprimiert; Pat. starb am Tage nach der Operation; der Tumor war offenbar vom nerv. acustic. ausgegangen; er hing nur noch mit einer dünnen Faser mit der Brücke zusammen.

Ein zweiter Tumor wurde angenommen und sass in der Sella turcica; in Vivo konnte bitemporale Hemianopsie nachgewiesen werden — mit Atrophia nerv. opt., links deutlich

sichtbar. Der Tumor hatte sich offenbar langsam im Laufe von 5 Jahren entwickelt. Von einer direkten Inangriffnahme des Tumor wurde abgesehen; der drohenden Erblindung und der wüsten Kopfschmerzen wegen aber doch die Trepanation ausgeführt; einige Tage nach dem Eingriff Exitus. Die Sektion ergab einen festen Tumor in der Sella turcica, der die linke Seite des Sattels mehr beteiligte. Vortragender referiert über den mit Glück operierten Fall von Tumor der Sella turcica v. Fränkel, Hochwart, v. Eiselberg (Wien), den die Herren auf der 1. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nerven-Aerzte in Dresden in diesem Jahr vorstellten und über die Schüller'schen sehr interessanten Röntgenaufnahmen des Schädels. Der hier beobachtete Tumor wäre im Röntgenbilde sichtbar gewesen, d. h. die Deformation der Sella turcica. Weiter referiert Vortragender über 3 Fälle von Stirnhirntumoren und erörtert an der Hand dieser die Differential-Diagnose zwischen Stirnhirn- und Kleinhirntumoren. Sein erster Fall kam gleichfalls in diesem Jahre zur Beobachtung; fast bis zum Schluss hatte die Kranke ein Symptomenbild dargeboten, das dem behandelnden Kollegen als ein «neurasthenisches» imponiert hatte; er nahm sie ins Krankenhaus; hier stellte sich eine Hemiparesis ein; als Vortragender Pat. sah, fand er eben beginnende Stauungspapille, die linksseitige Hemiparese; erst in der Folge stellte sich Somnolenz ein, die in 2 Wochen ad finem führte. Die Sektion ergab einen Tumor des r. Stirnhirns, der sich auf diesen Teil beschränkte; die Tumoren des rechten Stirnhirns seien oft der Diagnose nicht zugänglich, namentlich wenn sie sich nicht auf die Umgebung ausbreiteten; in diesem Fall sei die Somnolenz keine andere gewesen, als wie sie auch bei einem anderem Tumor im Endstadium beobachtet wurde.

Den zweiten Fall habe Vortragender vor Jahren beobachtet; hier habe er über längere Zeit ein Symptom gesehen, das als Ponssymptom schliesslich als das einzige angesehen werde, das in der Differential-Diagnose zwischen Stirn- und Kleinhirntumoren in Betracht käme, auch noch in der eben erst erschienenen 2. Auflage des Bruns'schen Handbuchs über Tumoren des Nervensystems. — Es habe sich um eine Dame in den mittleren Jahren gehandelt, die an heftigen Kopfschmerzen in der Stirn erkrankte und 3 Jahre lang das furchtbare Leiden zu ertragen hatte; Vortragender habe sie zu Beginn des Leidens einmal konsultativ gesehen; auf ihn habe der Kopfschmerz den Eindruck gemacht, als ob er durch ein organisches Leiden bedingt wurde. Pat. ging nach Deutschland, wurde hier 6 Monate beobachtet und kam mit der Diagnose «schwere Migraine» zurück; in der Zeit war Anosmie aufgetreten, Neuritis opt. descendens — Atrophia nerv. optic., Amaurosis. Intercurrent wurde beobachtet Hemiparesis, die aber bald schwand, aber es bestand monate-

lang eine Blicklähmung nach links. Vortragender habe Pat. nur etwa einmal monatlich konsultativ gesehen, habe aber längere Zeit die Bewegungsstörung der Augen konstatieren können. Dass es sich um ein spastisches Symptom der Antagonisten gehandelt habe, möchte er nicht zugeben; die Erscheinungen wären genau dieselben gewesen, wie man sie bei Blicklähmung die vom Pons ausgeht, beobachten könne. — Vortragender erörtert dann die Differentialdiagnose des Stirn- und Kleinhirntumor genauer; erwähnt, dass Bruns in seinem neuen Handbuch betont, dass auch die Anarthrie, die bisher für die Kleinhirntumoren als ausschlaggebend angesehen worden sei, bei Stirnhirntumoren beobachtet worden sei, und dass Bruns auch jetzt noch die Blicklähmung als bei Stirnhirntumor «nicht beobachtet» erwähnt. Vortragender meint nun auch dieses Symptom als differentialdiagnostisches Symptom streichen zu müssen. Es bleibe somit kein einziges Symptom als solches übrig, das ausschlaggebend sei; nur die Reihenfolge der Symptome, die ganze Konstellation der Symptome, die Färbung des ganzen Symptomenbildes gäbe den Ausschlag. Bei der betreffenden Patientin habe Vortragender sich nicht zu einer Operation entschliessen können; gegen Ende des Lebens habe er einen Stirnhirntumor für wahrscheinlicher gehalten — solches vor der Obduktion betont — welche dann auch einen Tumor des r. Stirnhirns ergab. Hier wäre die Neisser-Pollack'sche Punktion vielleicht von Nutzen gewesen. Bei zwei Fällen von Cysticercen des Hirns, die als zufällige Befunde bei der Sektion zu notieren waren, hätte mit der Neisser-Pollack'schen Punktion insofern Unglück angerichtet werden können, als die 3 grossen Blasen im Grosshirnmantel verettert waren.

Die Neisser-Pollack'sche Punktion sei gewiss ein wichtiges neues Hilfsmittel, sowohl in der Therapie als in der Diagnostik. Pfeifer habe in Dresden einen Fall referiert, in dem es ihm gelungen sei, mittels Punktion einen Cysticercus zu diagnostizieren, der durch die Operation bestätigt wurde. Im obigen Falle hätte aber doch Eiter verschleppt werden können. Hartmann (Graz) habe daher mit Recht betont, in der topischen Diagnostik nicht lau zu werden.

Zum Schluss referiert Vortragender über einen Tumor des linken Stirnhirns, dessen Sitz in Vivo richtig erkannt und der zur Operation kam, und bei dem die Operation auch im l. Stirnhirn den Tumor fand. Bei einem Pat. des Kollegen Schönfeldt habe sich spastische Hemiparesis dextr., Aphasie motorischen Charakters, linksseitige Stauungspapille bei gewaltigen, wütenden Kopfschmerzen und eine Tympaniebruit de pot fêlé über dem l. Stirnhirn konstatieren lassen — bei langsam progressiver Entwicklung des Leidens; die von Dr. Bergmann ausgeführte Operation fand ein Gliosarkom im l. Stirnhirn, das, weil diffus, nur teilweise entfernt werden konnte.

Trotzdem war der Erfolg für den armen Kranken ein glänzender, die furchtbaren Kopfschmerzen waren fort, die Hemiparesis, die Aphasie schwanden so weit, dass der Kranke in relativ sehr gutem Zustande in seine Heimat fahren konnte.

Zum Schluss kann Vortragender nur kurz der vorgerückten Zeit wegen auf einen lesenswerten Artikel von Prof. Anton (Halle) hinweisen, der betont, dass besonders bei den Stirnlappen als paarigem Organ das Viccarieren eines Lappens für den anderen in weitgehendster Weise stattfindet und dass nur bei doppelseitiger Erkrankung, namentlich wenn auch der Balken beteiligt sei, ausgesprochene psychische Symptome zur Beobachtung gelangten. Anton habe 3 Fälle gesehen, in denen das Bild der progressiven Paralyse vorlag und in denen obige Bedingungen erfüllt waren. Nach Verletzungen, die grössere Mengen Hirn entleerten, sähe man keine erkennbaren Ausfallssymptome; bei anderen entwickelten sich Epilepsie; gesellten sich zu derselben transitorische Psychosen, so sei die Ähnlichkeit mit Paralyse eine hochgradige.

Die Diskussion wird wegen der vorgerückten Stunde und wegen des Versehens in der Anzeige, nachdem sich einige Redner zum Worte gemeldet haben, auf die nächste Sitzung verschoben.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Sitzung am 5. Dezember 1907.

Anwesend 45 Mitglieder; und als Gäste die Dr. Dr. Idelson und Maximowitsch.

Dr. J. Eliasberg demonstriert ein coloriertes Photographum des von ihm in der vorigen Sitzung demonstrierten Patienten und stellt einen Patienten vor, 17 Jahr alt; mit polymorphem Ausschlag an den unteren Extremitäten zum Teil crustös-impetiginösen, zum Teil papulo-spuamösen Charakters. Ausserdem weist er einen impetiginösen Primäraffekt, der fast die ganze Glans einnimmt, auf, ferner hat er zahlreiche nässende Plaques am Scrotum und einzelne maculae am Pharynx. Die Vorstellung geschieht, weil hier eine Polymorphie der Lueserscheinungen bereits im ersten Eruptionsstadium so deutlich ausgeprägt ist und andererseits auch, weil es sich hier um Lues handelt, die von Anbeginn an einen impetiginösen Charakter aufweist, was das impetiginöse primäre ulcus beweist. Diese Fälle bieten eine ungünstige Prognose, weil sie meist einen schweren Verlauf haben und besondere Aufmerksamkeit beanspruchen.

Vor der Tagesordnung demonstriert Dr. P. Klemm eine ganze Reihe osteomyelitischer Knochen, die in toto bei Operationen entfernt wurden, unter anderem ein vollständiges Schulterblatt eines ca. 12-jährigen Mädchens, das im Juni dieses Jahres operiert wurde. Pat. wird auch vorgestellt, dieselbe steht noch in medico-mech. Behandlung bei Dr. von Sengbusch, kann ihren Arm schon aktiv bis über die Horizontale erheben und den ihr passiv voll nach oben gehaltenen Arm kurze Zeit frei halten. Das Schulterblatt hat sich vollkommen ersetzt und ist deutlich abzutasten.

Pkt. I. der Tagesordnung: Dr. Hampeln über Thoracale Ostealgien (erscheint in der Berliner klinischen Wochenschrift).

Dr. Böhlendorff ist der Meinung, dass auch für die Orthopäden die grosse Zusammenstellung dieses Materials wichtig sei, da es gewisse Prädilektionsstellen dieses Schmerzes gebe. Bei Menschen, die schwer gearbeitet hätten, helfe seiner Erfahrung nach bei Ausschluss natürlich einer Tuberkulose rationelle Massage, aber auch Korsette wende er an. Schanz habe auf eine Parallelität der Plattfussbeschwerden und dieses Schmerzes hingewiesen.

Dr. Sokolowsky hat oft Schmerzen beobachten können, wie Dr. H. sie geschildert, sie seien früher als Schmerzen arteriosklerotischer Natur genommen worden. Hysterie, Neurasthenie hätten damit nichts zu tun; von Massage und Stützapparaten könne bei dieser Art Schmerz wenig Nutzen erwartet werden, dagegen stimme er Dr. Hampeln bei, dass eine Unterkleidungsreform, die einen Druck auf den proc. ensiformis oder auf die letzten Rippen ausschliesse, von Nutzen zur Beseitigung der Schmerzen sein könnte.

Dr. Schröder: Das Fehlen von nervösen und psychischen Begleiterscheinungen genügt nicht, um eine neuro-psychopathische Konstitution mit Sicherheit auszuschliessen. Diese Disposition kann durch längere Lebensabschnitte latent bleiben, während sie zu anderen Zeiten in verschiedenartigen klinischen Erscheinungsformen zu Tage tritt. Man konnte sich daher wohl vortellen, dass das Symptomenbild der thorakalen Ostealgie auf neuropathischem Boden entstanden ist, ohne dass die Patienten, während sie an den Schmerzen litten, sonst irgend welche Störungen des Nervensystems aufwiesen. Gerade bei den periodisch erkrankenden Manisch-Depressiven sieht man Schmerzanfälle, über die ich neulich hier gesprochen habe, mitunter in solchen Zeiten auftreten, in denen die Pat. einen mehr oder weniger psychisch gesunden Eindruck machen. Auch hier finden wir im Rahmen des status praesens keine Andeutungen einer psychopat. Konstitution, während erst eine Nachforschung über weitere Lebensabschnitte über den wirklichen Zusammenhang aufklärt. Uebrigens möchte er erwähnen, dass er bei einer manisch-depr. Kranken einen Schmerzanfall vom Typus der thorakalen Ostealgie gesehen habe, obgleich eine solche vereinzelte Erscheinung sehr wohl auf einem zufälligen Zusammentreffen beruhen mag.

Auf die Bemerkung Dr. Hampelns, dass bei den von Dr. Schröder früher geschilderten Schmerzanfällen — Druckschmerzhaftigkeit fehlte, erwidert Dr. Schröder: Bei den Manisch-depressiven fehlte Druckschmerzhaftigkeit nur bei der die Extremitäten betreffenden Schmerzform. Wohl habe er bei den anderen Schmerztypen das Vorkommen von Druckempfindlichkeit hervorgehoben.

(Autoreferat).

Dr. v. Engelhardt möchte sich der Auffassung Dr. Schröder's anschliessen. Wenn alle konstitutionellen Momente ausgeschlossen werden können und abgesehen von der auslösenden Ursache des statischen Drucks oder anderer mechanischer Faktoren die grössere Vulnerabilität oder Erschöpfbarkeit der Nervenendigungen im Periost oder Knochen von Dr. Hampeln als mögliche Ursache jener Ostealgien hingestellt wird, so erscheint es doch nicht recht motiviert, diese Erscheinungen durchaus von der Neurasthenie zu trennen. Die Neurasthenie ist ja gerade die Bezeichnung für die grössere Ermüdbarkeit des Nervensystems, aber ob diese nun sich in leichter auszulösenden Schmerzen oder psychischen Symptomen äussern, sei doch noch kein Grund, die gemeinsame Krankheitsursache zu leugnen.

Ganz ebenso wie bei der Arteriosklerose das eine Mal Schmerzen auftreten, das andere Mal nicht, wie bei dem Einen die Disposition zur Claudikation intermittente — auch ganz ohne ausreichende direkte Ursachen — stärker ist, als zur Angina pectoris, und wir doch in den meisten Fällen nicht von der Lokalerkrankung des Gefässes, sondern von Arteriosklerose überhaupt reden, so dürfte doch auch bei der Ostealgie die Empfindlichkeit der Nervenendigungen nur auf eine allgemeine erhöhte Reizbarkeit des Nervensystems zurückgeführt werden, die sich event. hervorgerufen durch Druck und Zerrung, oder ungünstige statische Verhältnisse eben gerade an den betreffenden Thoraxstellen manifestiert.

Dr. Paul Klemm meint, es werde bei diesem Thema zu vielerlei zusammen geworfen, er müsse folgende Gruppen der Schmerzen hervorheben.

I. Die Schanz'schen Fälle, das seien statische Schmerzen wie beim Plattfuss und dergl. difformierten Knochen, es könne sich dabei um chron. Wucherungszustände in den Knochenkanälen handeln, dadurch hervorgerufener Nervendruck.

II. Schmerz im Anschluss an Infektionskrankheiten, schwer nachweisbar, sei es, dass dieselbe in Abrede gestellt wird, wie z. B. die Gonorrhoe, sei es, dass es wirklich nicht möglich ist sie nachzuweisen, er weist auf eine Arbeit von Fränkel hin, die über Veränderungen im Innern des Knochenmarkes nach Typhus handelt.

III. Schmerz von Knochen, die einem Druck von aussen ausgesetzt sind, z. B. des proc. ensiformis. Man finde bei

Untersuchung vieler Sterna eine auffallende Formverschiedenheit, es handelt sich oft um osteoplastisch konsolidierende resp. osteomyelitische Zustände; auch am Steissbeine sei dieses der Fall, 2 Fälle habe er operiert, wo eine auffallend starke Konvexität nach hinten vorlag, in beiden Fällen wegen starker Schmerzen operiert.

IV. Dann bleibt eine Gruppe wo eine genügende Erklärung fehle, da käme in Betracht, dass nicht selten bei Appendizitis z. B. an typischer Stelle nichts zu finden sei aber auffallende Schmerzen der Lendenwirbelsäule — hier ziehe er zur Erklärung die Neurose heran.

Dr. S o k o l o w s k y hat die in der IV. Gruppe von Dr. K l e m m angeführten Fälle im Auge gehabt, wo er Hysterie resp. Neurasthenie ausschliesse.

Dr. H a m p e l n bemerkt Dr. Kl. gegenüber, dass er ja nicht über Knochenschmerz überhaupt, sondern, wie ausdrücklich von ihm hervorgehoben, nur über Knochenschmerz, nach Ausschluss der verschiedensten auch ihm bekannten Osteitiden und Periostitiden gesprochen hat. Es bleiben dann aber immer noch Schmerzen nach, ohne nachweisbare anatomische Veränderungen, im Charakter der Neuralgien auftretend. Mit diesen allein, an deren Vorkommen seiner Ansicht nach nicht zu zweifeln ist, habe er sich befasst und nach ihrer Erklärung gesucht und geglaubt, diese Erklärung einerseits in Reizbarkeit des Nervensystems andererseits in Zerrungen, Druck und Zug am Knochen zu finden. Dieses statische Moment sei ja auch von ihm besonders betont worden. Dr. v. E n g e l h a r d t gegenüber bemerkt H. dass er, solange Zeichen einer allgemeinen Neurose oder Widerstandsschwäche nicht vorliegen, sich nicht für genötigt oder berechtigt halte, diese anzunehmen, andererseits kein Hindernis für die Annahme einer lokalen Widerstandsschwäche einzusehen vermag, vielmehr scheine ihn seine Erfahrung zu lehren, dass solche Fälle lokaler Gewebs- oder Organschwäche oft genug vorliegen.

Dr. B r u t z e r will den Nervenschmerz oft mit Stauungen in Lymphbahnen erklären, daher nehmen sie nach leichter Massage oft schuell ab, resp. schwinden, um aber meist bald wieder zu kommen, namentlich bei Ruhelage.

Dr. K l e m m nimmt bei den statischen Schmerzen stets Veränderungen in den Knochen oder Fascien an, sie seien natürlich wenig genau noch untersucht worden, da solche Fälle nicht zur Sektion kämen, dieser Grund liesse sich aber auch nicht anschliessen.

Dr. H a m p e l n bemerkt hierzu, dass er sich natürlich nicht für kompetent halte, die anatomische Frage zu entscheiden. Er verfüge über keine Sektionsbefunde, diese scheinen aber auch sonst nicht vorzuliegen. In Fällen dieser Art kommt es eben weder zur Operation noch zur Sektion. Ohne derartige Befunde lasse sich aber die Frage nach der etwaigen

anatomischen Grundlage der Schmerzen nicht entscheiden, es sei vielmehr alles Hypothese. Auf solche Veränderungen könne höchstens aus den klin. Erfahrungen geschlossen werden, was doch misslich ist. Er glaube aber nicht, dass diese genüge, jene Veränderungen mit Sicherheit zu behaupten, sondern halte es für wahrscheinlich, dass es sich hier wie auch von der Tarsalgie und Coccygalgie etc. angenommen wird, um einen Schmerz neuralgischer Natur im allgemeinen handelt. Es handele sich nicht um Entzündung, wenigstens sei diese nicht erwiesen, aber auch nicht um Hysterie und Neurasthenie, obschon namentlich bei Neurasthenikern wie auch bei inneren Krankheiten Irradiationsschmerz am Sternum und an den Rippen vorkommt.

Dr. Tiling. Natürlich sei es, dass auf den verschiedensten Gebieten eine Erklärung für die Schmerzen gesucht würde, seiner Meinung nach könne sehr wohl ein psychisches Moment mitspielen, der erste Schmerz kann durch Druck oder dergl. entstanden sein, könne dann aber durch stets wachsende Beobachtung auch nach Ausschalten der ersten Ursache als fortbestehend und sich steigend beobachtet werden — so käme es zu einer Hyperästhesie und einem vulnerablen Zustand, auf den er die Aufmerksamkeit auch zu richten bitte.

Dr. Hampeln erwidert, dass er Dr. T. Auffassung natürlich beipflichten müsse, dass aber seiner Ansicht nach in den von ihm mitgeteilten Fällen die Psyche weder bei der Entstehung der Schmerzen — das bemerkt er auch gegen Dr. Schröder — eine Rolle gespielt habe noch bei ihrer Unterhaltung. Es habe sich wohl sicher nur um rein körperliche Vorgänge gehandelt.

Dr. R. von Sengbusch,
d. Z. Secretär.

Sitzung am 16. Januar 1907.

Anwesend 55 Mitglieder und als Gäste Dr. Dr. Biehler, Brennsen, Lempert, Sarfels.

Eingelaufen 1. Das Statut des Marienkapitals für Aerzte, deren Wittwen und Waisen.

2. Trampedach-Hämatogenpräparat.

Punkt 1 der Tagesordnung: Dr. Thilo stellt einen 13-jährigen Knaben vor, der seit 6 Jahren an den Folgen einer Kinderlähmung leidet. Seit 6 Jahren konnte der Knabe nicht mehr gehen, er bewegte sich vorwärts in sitzender Stellung, indem er sich auf dem Fussboden mit den Händen vorwärts schob. Im letzten Sommer wollte er das Gehen durchaus erzwingen und stellte sich auf die Beine. Hieraus

entstanden aber sehr üble Folgen (Angabe des Kranken). Am rechten Beine entstand ein X-bein, ausserdem befand sich das Knie in einer Beugstellung. Am linken Bein entstand ein Plattfuss und ein überstrecktes Knie (genu recurvatum). Die Muskeln beider Beine waren hochgradig geschwächt. Links zogen die Strecker des Kniegelenkes nur 1 Pfd., die Abzieher des Hüftgelenkes 1 Pfd. Tretübung 5 Pfd. Rechts zogen die Strecker des Kniegelenkes nur $\frac{1}{2}$ Pfd. die Abzieher 2 Pfd. Treten 5 Pfd. In 2 Monaten waren durch Übung und Massage die Kräfte aller dieser Muskeln verdoppelt, die Kräfte bei der Tretübung verdreifacht. Die Winkelstellung des Knies, das X-bein und die Plattfussstellung waren durch Schienen beseitigt. Der Knabe kann jetzt mit einer langen Beinschiene am rechten Beine und einer kurzen Fusschiene am linken Beine auf Krücken gehen, gegen 200 Schritte. Nach seinen bisherigen Erfahrungen an anderen Kranken hat Dr. Thilo die Aussicht, dass der Knabe einmal ohne Krücken mit Schienen allein gehen wird, denn es ist ihm mehrfach gelungen, durch seine Übungen und durch Massage und Elektrisieren hochgradig geschwächte Muskeln wieder leistungsfähig zu machen. Er erläutert dieses an einigen Curven. Eine dieser Curven zeigt, dass ein Mädchen mit den Streckmuskeln des Kniegelenkes anfangs nur 100 grm. ziehen konnte, allmählich aber eine Zugkraft von 2000 grm. erreichte. Auch hier war durch eine Kinderlähmung die Schwächung des m. quadriceps eingetreten.

Punkt II. Dr. Brutzer: stellt einen Fall von Aneurysma der rechten a. subclavia vor. Die 52-jährige Pat. bemerkte vor 4 Jahren zuerst die damals kl. Geschwulst über der rechten Clavicula. Seit 3 Monaten heftige Schmerzen im rechten Arme und Lähmung durch Druck des Tumors auf den Plexus brach. Der Tumor ist jetzt faustgross, derb elastisch, prominent halbkugelig, im unteren Halsdreieck. Röntgendurchleuchtung ergibt gleichfalls eine runde Form nach unten in den Thorax ragend. Der Aortenbogen wird nicht erreicht. Keine Pulsation, kein Schwirren, rechts Carotispuls normal, rechts Radialpuls bedeutend schwächer als links aber synchron. Bei einer Punktion wurde reines Blut aspiriert. Anamnestisch kein Anhaltspunkt. Differentialdiagnostisch käme noch cystisches Angiom in Betracht, doch scheint das durch die Pulsdifferenz unwahrscheinlich.

P. III. Dr. Pooten demonstriert von ihm nach der Natur gemalte Cystoscop. Bilder. Es handelt sich um eine ca. 30-j. P., die seit 10 Jahren in ärztlicher Behandlung gestanden hatte, ohne dass ihr Leiden, in Kreuz und Rückenschmerzen bestehend, sich gebessert hatte. Es gelang ihm, durch Cystoscopie und Ureterencath. die Diagnose auf linkss. Nierentuberkulose zu stellen. Tbc.-befund positiv sowohl aus dem Blasen- als auch aus dem linkss. Nierenurin. Nach Nierenexstirpation durch Dr. Helmboldt schnelle Rekonvaleszenz bei primärer

Verheilung des Schnittes. Patientin ging zur Erholung auf's Land und kam fiebernd mit Schmerzen in der linken Nierengegend zurück, Urin trübe, keine Tbc.-baz. Die Cystoskopie zeigt, dass sich von Zeit zu Zeit aus der Mündungsstelle des extirpierten l. Ureters Eiter wie aus einer Tube entleert und in wurstförmigem Haufen auf dem Blasengrunde liegen bleibt. Eröffnung des Abscesses wird abgelehnt. Dieser wird immer grösser, es tritt starke Psoasreizung ein, so dass Pat. das Bein garnicht strecken kann. Temperatur steigt und Pat. kommt stark herunter. Als sie sich zur Operation entschliesst ist der Abscess, der über dem Ligament. Poupartii sin. geöffnet wird, reichlich doppelt-faustgross. Poorten weist darauf hin, wie wichtig die cystosk. Untersuchung ist; in diesem Falle konnte nicht nur die Tbc. der l. Niere bei Gesundsein der rechten durch den Uretherenkathet. diagnostiziert werden, sondern auch der offenbar tuberkulöse Abscess durch die Cystoscopie ganz im Beginne entdeckt und seine Lokalisierung genau bestimmt werden.

(Autoreferat).

Punkt IV. Dr. Weinberg hält seinen Vortrag über den Heilungsprozess der Gonorrhoe.

Sitzung am 2. Februar 1908.

Anwesend 45 Mitglieder, als Gäste die Dr. Dr. Jankowsky, Pinker, Vogel, Brennsohn, Michelson, Mende, Maximowitsch, Girgensohn und Diepner.

Punkt I. Dr. Pinker (als Gast): Ueber Bauchschuss.

M. H. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine Schussverletzung des Zwerchfells, des Magens, beider Lungen und des Herzbeutels.

Pat. ist den 24. November 1907 abends durch 3 Revolver-schüsse aus der Nähe verwundet und ca. 2 $\frac{1}{2}$ —3 Stunden später operiert worden. Der Allgemeinzustand entsprach bei der Einlieferung einer schweren Verletzung: starke Blässe, erschwerte Atmung, mässige starke Druckempfindlichkeit und exquisite Spannung der Bauchdecken.

Drei Einschussöffnungen: 1. Die rechte Thoraxhälfte in der Höhe des 3. Rippenknorpels in d. l. parastern. durchschossen. Kugel entsprechend hinten unter der Haut palpabel.

2. Auf der linken Thoraxseite aussen neben d. lin. mam. im 4. und 5. Intersostalraum je eine Schussöffnung. Hinten auf der linken Thoraxseite 2 Projektile unter der Haut palpabel.

Die Operation wurde ohne Narkose unter Morph. 0,02 subc. ausgeführt, wobei Pat. so gut wie keine Schmerzen äusserte. Rechte Seitenlage über eine kleine Rolle. Resektion der

6. Rippe. Die Wunde klafft weit und gewährt einen guten Einblick. Im Pleuraraum kein Blut; Verletzung der Lunge nicht zu sehen.

1. Herzbeutel durchschossen, links vom Herzen. Eine Verletzung des letztern nicht festzustellen. Kein Erguss im Pericard. Naht (Seide) der kleinen Oeffnungen.

2. Zwerchfell durchschossen. Ein- und Ausschuss ca. $2\frac{1}{2}$ cm. von einander entfernt. Spalten des Zwerchfells in radiärer Richtung und Hervorziehen des Magens.

3. Magen entsprechend der Facies diaphragmatica durchschossen. Entfernung des Ein- und Ausschusses wie im Zwerchfell. Schlusss der Löcher durch fortlaufende Seidennaht in 2 Etagen. Tampon in den Winkel zwischen Leber, Zwerchfell und Magen. Bis auf die Tamponstelle wird der Schlitz im Diaphragma vernäht.

Nachbehandlung: Von seiten des Abdomens von Anfang an keine Erscheinungen: am 2. Tage Flatus, am 4. Stuhl. Tampon am 6. Tage entfernt, nicht erneuert, Bauchhöhle abgeschlossen. Ausgiebige Nekrosen in der Pleurahöhle. Dauernd Fieber. Den 18. Dezember wird eine Retention im hintern Teile der Pleura gefunden. Von da ab T^0 normal. Pat. steht auf. Die Verletzung der rechten Lunge verlief ohne Komplikationen. Gegenwärtig besteht noch ein breiter Gang in der linken Pleura, doch scheint die Lunge unter gymnastischen Uebungen sich immer mehr auszudehnen, und wird der Defekt hoffentlich noch vollkommen ausgeglichen werden. Es war meine Absicht, noch einen Pat. mit einem Bauchschuss vorzustellen. Jedoch ist derselbe bereits verweist. Es sei daher nur die Bemerkung gestattet, dass es sich um eine multiple Verletzung der obern Dünndarmschlinge und des zugehörigen Mesenteriums handelte. Heilung durch Resektion von 48 cm. Dünndarm. Ziemlich glatter Verlauf, abgesehen von wiederholt auftretenden Diarrhoen.

Punkt II. Dr. E. Schwarz: Ueber Atoxyamblyopie.

(Vorläufige Mitteilung wird im Druck erscheinen).

Punkt III. Dr. Schabert: Ueber die Pathologie der Herzklappenfehler (erscheint im Deutschen Archiv).

Dr. Hampeln spricht seine Freude darüber aus, dass es Dr. Schabert anscheinend gelungen ist, ein Verfahren zu ersinnen, dass die anatomisch-experimentelle Entscheidung der Frage, ob während des Lebens eine Insufficienz bestanden hat oder nicht, gestattet. Gegenüber den vielen zweifelhaften Fällen von Mitralinsufficienz würde das natürlich einen grossen Gewinn und Fortschritt bedeuten, ebenso bei Entscheidung der Frage, ob reine Stenose oder Stenose und Insufficienz vorgelegen hat. Nur in Bezug auf einen Punkt möchte H. eine abweichende Anschauung äussern und vertreten. Dr. Sch. meint, dass bei dem häufigen Uebergange zwischen

Mitralinsuff. und -stenose die Frage nach der Häufigkeit und Prognose der einen und anderen Form eine müssige und die Antwort dem entsprechend ohne praktische Bedeutung sei. Nach H.'s Ansicht liegt die Sache ganz anders und hatte sowohl die Frage als Antwort volle Berechtigung, und grosse Bedeutung. Man nimmt wohl mit Recht an, dass das Primäre immer eine Insuff. ist und aus dieser erst die Stenose entsteht, dieser Vorgang spielt sich aber in verhältnismässig kurzer Zeit nach einsetzender retrahierender Endocarditis ab. In dieser Zeit entscheidet es sich, etwa in Jahr und Tag, ob eine dauernde Insuff., Stenose und Insuff., oder reine Stenose nachbleibt. Trotz der hier sehr verbreiteten rheumat. Endocarditis und der grossen Zahl von ihm beobachteter Fälle erinnere er sich keines einzigen Falles, in dem von ihm der Uebergang einer Insuff. in eine Stenose selber gesehen worden wäre. Auch von anderer Seite ist ihm darüber nichts bekannt geworden. Es scheint sich also doch so zu verhalten, dass man es in Praxi, nach abgelaufenem eudocarditischem Stadium mit fertiger und unveränderlicher Insuff. oder Stenose oder der Combination beider zu tun habe. Dass erst im Alter eine Stenose sich aus einer Insuff. jugendlicher Jahre entwickle, sei ihm wenigstens nicht vorgekommen. So sollte man denn doch diese Mitralfehlerformen auseinanderhalten, auch in Bezug auf Häufigkeit und Prognose. Was die Häufigkeit anbetrifft, so muss er sagen, dass ihm das häufigere Vorkommen der reinen Mitralstenose auf die er aus dem prästistol. Geräusch und dem verstärkten paukenden ersten Ventrikelton und dem verstärkten II. Pulmonalton schliesst, aufgefallen ist. Prognostisch liegen diese Fälle nicht ungünstig. Viele erfreuen sich ungestörten Wohlbefindens, ertragen mässige Arbeit, die Frauen überwinden Geburt und Wochenbett oft auffallend leicht. Diagnostisch erscheine ihm der I. verstärkte, paukende Ventrikelton neben dem II. verstärkten Pulmonalton von grosser Bedeutung, da Geräusche völlig fehlen können und dennoch eine Stellung der Diagnose möglich ist, falls sich keine andere Erklärung für die Verstärkung des I. Ventrikeltones findet. Ihm wenigstens seien Fälle dieser Art vorgekommen (mit Sektionsbefund). Mit der neuen Untersuchungsmethode und deren Begründung, wie sie von Dr. Sch. ausgeführt ist, stimme er vollkommen überein.

Dr. Krannhals: Klinisch werde wohl weit öfter eine Insuff. und Stenose angenommen als sich anatomisch nachweisen liesse, ein Geräusch an der Mitralis brauche noch nicht zur Diagnose eines Klappenfehlers verwendet zu werden, wie es allerdings sehr häufig mit Unrecht geschehe; es könne nur ungenügende Schlussfähigkeit der Klappe daraus entnommen werden. Eine andere interessante Frage schliesse sich hieran an, von wann nämlich überhaupt ein Herzfehler als Fehler zu betrachten sei, doch gehört diese Frage nicht zum Thema des heutigen Abends;

Dr. Schabert ist es angenehm, zu hören, dass Dr. H. die Häufigkeit der Stenose betont hat, dieselbe werde von vielen, z. B. Vierort als Seltenheit bezeichnet. Im Allgemeinen werde auch d. Prognose als schlechter hingestellt als es der Fall ist, er freue sich, dass H. sich dem Ueberlieferten widersetzt und sich auf seine eigene Erfahrung beruft. Eine gut compens. Stenose werde sowohl in der Jugend als auch im Alter gut vertragen, und es bleiben meist Kompensationsstörungen über viele Jahr aus.

Erwähnen möchte er noch, dass je akustischer und lauter oft die Geräusche an den Klappen, desto besser eventuell ihr Schluss sein könne.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Sitzung am 19. December 1907.

Anwesend 43 Mitglieder, als Gäste Dr. Dr. Walter, Brutzer (Königsberg), Biehler, Sarfels, Meude, Kiwull, Dippler, Brennsohn.

Eingelaufene Schriften von Dr. P. Erdmann.

a) Къ вопросу о зараженіи организма бугорчаткою черезъ кишечникъ; b) Къ учению о строеніи первичныхъ опухолей мозга и его оболочекъ.

Dr. von Bergmann stellt einen Pat. vor, der vom Tram zwischen Motor und Auhängewagen gequetscht ist, er hat nur eine Gelenklockerung des acromioclavicularen Gelenkes davongetragen als äussere Verletzung des recht schweren Unfalles. Es bildeten sich aber massenhafte Blutaustritte unter der Gesichtshaut und Blutungen im rechten Auge.

Dr. von Krüden er. Solche Hautblutungen entstehen durch Zunahme des intrathoracalen Druckes. Besonders oft beobachten wir dieses Symptom bei Stickhusten und starker Compression des Abdomen, wie dieses gelegentlich beim Zusammendrängen grosser Menschenmassen im Gedränge, bei Processionen, Unglücksfällen etc. beobachtet wurde. Auge und Schädelhöhle sind durch hydrostatische Momente geschützt, dass wie hier auch eine Retinalblutung vorhanden, gehört zu den grossen Seitenbeften.

Dr. Hampeln erinnert an den Vortrag von Dr. Bertels über den Ictus laryngis, in dessen Verlauf es gleichfalls und aus denselben Gründen zu solchen Hautblutungen kommt.

Punkt II. der Tagesordnung. Dr. P. Klemm hält seinen Vortrag: «Ueber die Bedeutung des Kotsteines bei der Entstehung und dem Verlauf der Appendicitis» (erscheint im Druck).

Dr. Bornhaupt demonstriert 4 Präparate von Wurmfortsätzen und führt aus: drei Wurmfortsätze, die eine Perforation und Kotsteine aufweisen, bestätigen im Grossen und Ganzen das von dem Vortragenden Gesagte.

An allen 3 Präparaten sieht man eine gewisse Verengung des Lumens im Wurmfortsatze, die central vom Kotstein gelegen ist und den Abfluss des Secretes behindert hat. Es bestehen dabei keine Narben, sondern entzündliche Veränderungen in der Wand der Wurmfortsätze. Ein Präparat zeigt jedoch, dass an der Spitze der Kuppe eines perforierten Wurmfortsatzes ein zweiter Kotstein sich befindet und dass an dieser Stelle eine dem Kotstein entsprechende circumscripte Ulceration der Schleimhaut zu Stande gekommen ist, so dass die Wand der Appendix an dieser Stelle verdünnt erscheint.

Diese Ulceration der Wand ruft wohl den Eindruck hervor, dass der Kotstein eine gewisse Rolle bei ihrer Entstehung gespielt hat, und zwar sind es wohl in erster Linie natürlich die Microorganismen, mit denen der Kotstein behaftet ist. Das vierte Präparat zeigt uns einen Wurmfortsatz, wo der Abfluss des Secretes durch eine Narbenstenose an der Basis behindert war. Ein Kotstein war hier nicht vorhanden, auch ist es zu keiner Perforation gekommen. Es hat sich aber dennoch eine eitrige Peritonitis dadurch ausgebildet, dass die Wand des Wurmfortsatzes unmittelbar über der Narbenstricture äusserst verdünnt und für die Microorganismen durchgängig geworden ist.

Zur Discussion: Neben den sehr interessanten theoretischen Erörterungen über das Zustandekommen verschiedener Vorgänge im Wurmfortsatz, muss uns, die Gesellschaft praktischer Aerzte, gerade die praktische Seite dieser Frage nicht weniger interessieren. Und auffallend ist es, dass gerade nach der praktischen Seite hin hier bei uns die Frage der Behandlung eines acuten Anfalles noch nicht geklärt ist, obgleich in Deutschland die Appendicitisfrage, für einige Zeit wenigstens, vollständig vom Programme des Chirurgencongresses als genügend besprochen gestrichen worden ist.

Bei uns hat der Chirurg es noch immer mit diffusen Peritonitiden zu tun, die mit Ricinusöl eifrig vorbehandelt worden sind. Andererseits sieht man Patienten, die 14 Tage lang 4 \times täglich zu 15 Tropfen Opium erhalten haben. Wenn man auch gegen Opium in den ersten paar Tagen nicht viel einzuwenden hätte, wenn auch die Gefahr vorliegt, dass das klinische Bild dadurch verdunkelt wird, so kann doch vor Ricinusgaben in den Fällen, wo Eiter vorhanden ist oder vermutet werden kann, nicht genügend gewarnt werden.

Am Material des Rig. Stadtkrankenhauses habe ich in meiner Arbeit (Langenbecks Archiv, B1. 70. H. 2) die Tatsache feststellen können, dass von 32 Patienten mit einer diffusen Peritonitis nach einer eitrigen Appendicitis 10 also $\frac{1}{3}$ mit Ricinusöl vorbehandelt worden waren und stets angaben, dass die stürmischen Erscheinungen nach der Ricinusgabe eintraten

Leider kommt es heutzutage bei uns noch häufig vor, dass solche Patienten erst mit Ricinus vorbehandelt mit einer diffusen Peritonitis behaftet in die Hände des Chirurgen gelangen, und daher wäre ein Meinungsaustausch in dieser Beziehung in der Gesellschaft praktischer Aerzte von grossem Interesse.

Pkt. III. der Tagesordnung. Dr. Berkholz: «Ueber Appendicitis im ersten Kindesalter (erscheint im Druck).

Er weist zum Schluss auf die prakt. Bedeutung hin, dass auch im frühen Kindesalter auch bei leichten Erscheinungen an die Appendix zu denken sei.

Dr. P. Klemm weist darauf hin, dass die Erkrankung im frühen Kindesalter sehr viel häufiger sei, als angenommen werde. Sonnenberg ist der Ansicht, dass es ein seltenes Vorkommnis sei, leider werde die Erkrankung nur oft verkannt, da man nur angewiesen sei auf die richtige Deutung des objekt. Befundes, da ja eine Anamnese unmöglich sei. Der Befund im B. Falle war sehr interessant, durch zarte Verwachsungen war die Appendix leicht gebogen, die Operation wurde bei leichter Temperatursteigerung gemacht und es fand sich ein klein wenig eitriges Secret, sodass entschieden eine neue Attaque in Aussicht stand.

Dr. Bornhaupt: Zwei Mal habe er Gelegenheit gehabt, Kinder wegen Schmerzen in der Ileocoecalgegend zu operieren, wo man vor der Operation palpatorisch einen negativen Befund bei einer gewissen Druckempfindlichkeit am MacBurneyschen Punkt constatieren musste. Bei der Operation fand er im Wurmfortsatz Nester von Oxyuris vermiculatis. Diese Parasiten können nach Sprengels Angaben wohl Schmerzen verursachen, indem sie in der Schleimhaut des Wurmfortsatzes einen entzündlichen Process hervorrufen.

Dr. von Bröcker meint, in jedem Falle einer Erkrankung im Gebiete des Darmes auch ohne Temperatursteigerung müsse an Appendicitis gedacht werden.

Dr. Berkholz giebt zu, dass auch Fälle ohne Fieber vorkommen mögen, dann schwinde für uns aber auch noch der letzte Anhaltspunkt für die Diagnose, falls nicht die dyspeptischen Attaquen sich häufiger ohne Ursache wiederholen. Fiebersteigerungen und Schmerzhaftigkeit, über die genaue Beobachtungen vorliegen müssen, seien sichere Anhaltspunkte und Symptome der Erkrankung an Appendicitis bei Kindern.

Dr. Woloschinsky: Der Fall von Dr. Berkholz, einer Appendicitis bei einem 1 $\frac{1}{4}$ -jährigen Kinde muss zu den Seltenheiten gerechnet werden, weil bei Kindern unter 2 Jahren die Appendicitis sehr selten auftritt. Es liegt nicht daran, dass der Arzt sie in der Praxis oft übersieht, weil so kleine Kinder keine Schmerzangaben machen können. Denn, wenn dem so wäre, so müsste in diesem Alter als Folge der nicht

erkannten Appendicitis sehr häufig Peritonitis auftreten, — was aber tatsächlich nicht der Fall ist. Die häufigen Intestinalerkrankungen der Säuglinge beruhen wohl kaum auf Appendicitis, sondern in der Tat auf Störungen infolge schlechter Qualität und Quantität der Nahrung und auf Infection, aber in einzelnen Fällen ist eine Intoxication anzunehmen, trotzdem diese heute von vielen Autoren bestritten wird. — Bei Kindern über 2 Jahren und älteren Kindern kann bei Fehlen von Fieber und lokalisierten Schmerzen die Diagnose einer Appendicitis schwierig werden, weil Kinder in diesem Alter bei scheinbar gesunden Verdauungsorganen oft über vage Leibschermerzen klagen, deren Ursache man nicht immer feststellen kann. In erster Linie wäre hier an Parasiten zu denken und bei Ausschluss derselben an nicht diagnosticierbare Störungen von seiten des Darmcanals oder anderer Abdominalorgane. Ich erinnere mich einer Reihe von Kindern, die unter meiner Aufsicht gross geworden sind, jahrelang bei scheinbar gesunden Verdauungsorganen dazwischen über solche Schmerzen geklagt hatten, und die jetzt ganz gesund sind. In manchen dieser Fälle hatte ich larvierte Appendicitis im Verdacht, was sich aber bei meinen Fällen nicht bestätigt hat.

Dr. Berkholz warnt dringend vor einer Zustimmung mit den Ausführungen Dr. W., auch Dr. Klemm verhält sich zu ihnen ablehnend, von ihm seien 218 Fälle operiert worden, ein grosser Teil sei an Peritonitis ex appendicitide zu Grunde gegangen, die Appendicitis verläuft im Kindesalter ungleich schwerer als in späteren Jahren; die Diagnose der Intoxication resp. Verdauungsstörung bei häufigem Schmerz und Fieber bezeichnet er als vagen, unsicheren Nothelf.

Dr. Woloschinsky: er habe, als er von der grossen Seltenheit der Appendicitis sprach, strikt erwähnt, dass dieses nur Kinder unter 2 Jahren betreffe, dass ältere Kinder oft an Appendicitis erkrankten, sei ihm wohl bekannt.

Was den Fall betrifft, den Dr. Berkholz und er zusammen behandelten, so betraf der ein Kind von 5—6 Jahren und es handelte sich da um eine allgemein Sepsis und septische Peritonitis als Complication einer Streptococcen-Angina. Ich erlaube mir kurz die Krankengeschichte des zu letzt erwähnten Falles zu referieren. Kind 5—6 Jahre alt, erkrankt acut an Streptococcen-Angina. Am 3-ten Krankheitstag gutes Allgemeinbefinden, fast fieberfrei. Morgens am 4-ten Krankheitstag Schüttelfrost, hohes Fieber und starke acute Schwellung von ca. 2 Halsdrüsen beiderseits. Abends fast fieberfrei, gutes Allgemeinbefinden. Am 5-ten Krankheitstag Schüttelfrost, hohes Fieber, Schmerzen im Leibe, mehr rechts ileo-coecal. Am 6-ten Krankheitstag von Dr. Hemboldt operiert. Bei der Operation ist die Appendix, ebenso wie Coecum und anliegende sichtbare Darmschlingen stark injiciert, aus dem Becken quillt unaufhörlich dünner, seröser Eiter; die abgetragene Appendix ist nicht perforiert und weist keine Stricturen auf.

Infolgedessen ist dieser Fall als eine septische Streptococcen-peritonitis aufzufassen, die als Folge der Angina nach Durchbrechung des Drüsenwalles aufgetreten ist.

(Auroreferat).

Dr. P. Klemm betont, dass eine grosse Reihe allg. Peritonitiden keine auffallenden Erscheinungen an der Appendix zu machen brauchen, und stellt die Auffassung Dr. W. dahin zurecht, dass hier die Angina eine Appendicitis hervorgerufen habe, im Anschluss derer es dann zur Peritonitis gekommen sei.

Eine allgemeine Sepsis nehme wohl einen ganz anderen Verlauf als den eben geschilderten.

D. von Sengbusch,
d. Z. Secretär.

Sitzung am 31. October 1907.

Anwesend 52 Mitglieder, als Gäste DDr. Brennsen, Maximowitsch, Biehler, Mende, Wendel.

Pkt. I. Dr. von Holst. Demonstration einer traumatisch entstandenen Facialislähmung.

Der Herr, den Sie hier sehen, ist vor gerade 10 Wochen vierzehn Fmss tief hinab in einen Keller gestürzt, ohne die Besinnung völlig zu verlieren. Drei Tage lang war er somnolent und hatte sehr heftige Kopfschmerzen, spec. hinter dem linken Ohr, ferner litt er an Schwindel, Ohrensausen und erbrach einige Male. Am achten Tage nach dem Unfall trat eine völlige Lähmung der linken Gesichtshälfte auf, und etwa um dieselbe Zeit wurde Taubheit auf dem linken Ohr konstatiert.

Die bisherige Behandlung hat gegen diese beiden Folgezustände des Falles nichts vermocht.

Mir ist der Kranke heute überwiesen worden, und auf Grund der Anamnese und meines Untersuchungsbefundes nehme ich eine Basisfractur an, von der Facialis und Acusticus der linken Seite während ihres Verlaufes im Felsenbein betroffen sind. Trotz völliger Entartungsreaktion glaube ich an die Möglichkeit einer relativen Heilung, vor allem, weil der Eintritt der Facialislähmung acht Tage nach dem Trauma gegen eine Continuitätstrennung im Nervenstamm spricht, etwaige Blutungen, die einen Druck auf den Nerven ausüben, resorbiert werden können. Beiläufig sei noch bemerkt, dass die ohrenärztliche Untersuchung eine Blutung ins Mittelohr nachgewiesen hat.

Dr. Ed. Schwarz hat den Fall auch gesehen; die Symptome seien freilich alle auf Basisfractur beziehbar, eigentümlich bleibe die Pause von 8 Tagen vor der Lähmung, denkbar wäre seiner Meinung nach aber auch eine einseitige Blutung

in den Stamm, die sich später ausgebreitet und die Kerne in Mitleidenschaft gezogen hat, dann sei die Prognose eine sehr trübe.

Dr. v. Krüden er: Nervenatrophien nach Anschlagen der Stirn an Türen, Schränke etc. entstehen meist durch Fracturen der Orbita und Fract., die durch den canalis opt. gehen. Die Sehstörung, oft am Anfang nicht vorhanden, bildet sich erst wenn der callus am Knochen sich bildet, oder durch die Blutung reactive Entzündung entsteht. Wie in dem von Dr. v. Holst angeführten Falle, sind die Symptome der Schädelfractur meist wenig ausgesprochen.

Pkt. II. Discussion über D. E. Schwarz's Vortrag — Stirnhirntumoren.

Dr. P. Klemm berichtet über 2 Fälle, die er selbst operiert hat. Im ersten bestand Aphasie, epilept. Zuckungen, hauptsächlich rechts ausgesprochen. Diagnose: links Tumor im Stirnhirn. Operation deckte ein vollständig diffuses Gliom im l. Stirnhirn auf, dessen Entfernung vollkommen aussichtslos war — Section bestätigte einen diff. gr. Tumor. Beim 2-ten Falle, 10 jähr. Mädchen, lautete die Diagnose auf Tumor im Kleinhirne. Die Operation ergab ein Gliom von unten her zwischen Kleinhirn und Hirnschenkel bis in d. l. Hemisphäre des Kleinhirnes, auch hier war an Entfernung nicht zu denken. Klemm hebt den Unterschied des Standpunktes des Chirurgen von dem des Neurologen hervor, der erstere müsse sich nicht mit der Diagnosenstellung allein begnügen, sondern zugleich auch die praktische Frage der Operationsmöglichkeit überlegen resp. nachweisen, was unendlich viel schwieriger ist.

E. v. Bergmann habe 100 Fälle gesammelt, nur 2 seien operabel gewesen. Es käme neben der Tiefenausdehnung in d. Cortex oder Subcortex seine Grösse, und ob feste Grenzen vorhanden seien, in Frage. Exstirpierbar s. M. nach seien Hirntumoren in d. motor. Region der vorderen und hinteren Centralwindung und im Kleinhirn. Die Forderung der Abgrenzbarkeit und des corticalen Sitzes lassen sich aber nicht genau feststellen.

Krämpfe in beschränktem Areale, später Lähmungserscheinungen in diesen Bezirken, dieses ist ein wesentliches Postulat, es treten aber störend hinzu die Fern- und Nachbarsymptome, wie Bruns hervorhebt.

Dr. Stender glaubt zur Symptomatologie der Stirnhirntumoren, die Dr. Ed. Schwarz in ausführlicher Weise geschildert hat, nichts hinzufügen zu müssen. Nur eine Tatsache möchte er betonen, nämlich den Umstand, dass bei Affectionen des Stirnhirns psychische Veränderungen häufiger in den Vordergrund treten als Dr. Schwarz anzunehmen geneigt sei. Redner hat in den letzten drei Jahren drei durch Section bestätigte Fälle von Tumoren des Stirnhirns beobachtet, die alle von wesentlicher Alteration der Psyche speciell von ausgesprochener Demenz begleitet waren. Es mag sich ja wohl

um ein zufälliges Zusammentreffen gehandelt haben, auch weiss Redner sehr wohl, dass Autoren, unter anderen *Brun s*, darin nichts Charakteristisches für das in Frage kommende Krankheitsbild sehen wollen. Trotzdem möchte Redner die psychischen Veränderungen, welcher Art sie auch sein mögen, ob Psychosen im Sinne einer Manie, Melancholie oder einer Demenz mehr oder weniger hohen Grades, betont wissen, — ja in der Symptomatologie des Stirnhirntumoren an die erste Stelle setzen.

Als zweites wesentliches Symptom kämen Störungen in der Function der Nacken- und Rumpfmuskulatur in Betracht, wodurch häufig eine Unsicherheit des Ganges und der Körperhaltung bedingt wird, eine Unsicherheit, die an cerebellare Ataxie erinnert.

Alle übrigen bei Frontalhirntumoren vorkommenden Symptome seien unsicherer Natur und kämen gleichfalls bei Lokalisation der Tumoren in anderweitigen Hirnregionen vor.

Redner wolle weiter eindringlich die explorative Hirnpunktion zu diagnostischen Zwecken empfehlen. Der Eingriff als solcher sei unbedeutender Natur, namentlich wenn er von chirurgischer Hand ausgeübt würde. Diese Massnahme, nämlich die Vornahme des Eingriffs durch einen Chirurgen, dürfte weiteren unliebsamen Complicationen vorbeugen, wenn z. B. der Fall eintritt, dass vereiterte Cysticerken oder nicht vorhergesehene Abscesse punktiert werden, und so die Notwendigkeit eintritt, der Punktion umgehend die Trepanation anschliessen zu müssen. Die neuesten Erfahrungen sowohl aus der *Pfeiffer*-schen Klinik in Halle als auch aus der *Neissers*chen Klinik in Stettin bezüglich der Hirnpunktion seien in hohem Grade ermutigend. Ja sogar die räumliche Ausdehnung der Tumoren konnte an der Hand der Punktion festgestellt, ebenso in einigen Fällen die Frage gelöst werden, ob der betreffende Tumor exstirpierbar sei oder nicht. Weiter seien die Erfolge der Punktion bei Haematomen der Dura zu erwähnen, die Ventrikelpunktion bei Meningitis serosa. Die Punktion könne schliesslich ausschlaggebend wirken bei Processen, welche nicht deutlich in der rechten oder linken Hemisphäre lokalisiert werden können, wie es bei Affectionen des Stirnhirns und Kleinhirns vorkommt.

Auf Einzelheiten geht Redner nicht ein, glaubt jedoch, ohne persönlich Erfahrungen über die vorliegende Materie zu besitzen, auf Grund der neuesten Publikationen sowohl als auch auf der Basis der Discussion, die über dieses Thema auf dem Neurologencongress in Dresden im September dieses Jahres stattfand, die Hirnpunktion als diagnostisches Hilfsmittel bei der an und für sich schweren Diagnose der Hirntumoren aufs wärmste empfehlen zu müssen.

Dr. *Theodor Schwartz*, möchte für einen chirurgischen Eingriff bei Hirntumoren doch mehr plaidieren als Dr. *Klemm* es zu tun scheint; allerdings muss auch er den

Eingriff auf einige wenige Gebiete des Gehirns beschränken, wo seiner Ansicht nach überhaupt Hoffnung auf Erfolg durch Operation vorhanden ist, und es sind dies gerade diejenigen Gebiete, welche auch heute als operativ angegriffen, sowohl von Dr. E. Schw. als auch von Dr. Kl. berührt worden sind; Redner möchte letztere nicht als einen Zufall bezeichnen: es sind dies die Kleinhirn-Brückenwinkeltumoren und die der Centralwindungen. Was die Tumoren der I. Kategorie betrifft, so sind gerade sie in letzter Zeit vielfach operiert worden, auch mit glücklichem Verlauf, so stellte z. B. Prof. Oppenheim in der Berl. Ges. für Psych. und Neur. (am 3. Mai 1907) 2 operierte Fälle vor und das Präparat von einem 3-ten Fall; der erste Fall ist genesen, der zweite mit Defect geheilt; der 3-te starb nach dem I. Act der Operation in Folge eines Unfalls, nämlich an Blutbrechen, woran er schon früher gelitten; Prof. Borchardt referierte im Anschluss an Oppenheim auf derselben Sitzung über 6 operierte Fälle von Kleinhirnbrückenwinkeltumor, von welchen 3 leben, ausser den 2 von Oppenheim demonstrierten noch ein Dritter. Prof. Ziehen erwähnte dann auf derselben Sitzung 7 Fälle von Operation wegen Kleinhirnbrückenwinkelgeschwulst, von denen einer günstig verlief. Sodann hat auf der Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens (4. Mai 1907) in Hannover Prof. Bruns über 2 Fälle derselben Art referiert, welche freilich beide starben, einer durch den Operationsschock und der andere 12 St. nach der Operation; doch ist zu bemerken, dass der Tumor beide mal in toto entfernt werden konnte, also ausschälbar war.

Die Wichtigkeit gerade der Tumoren dieser Gegend sieht Schwartz darin, dass ihre Symptomatologie eine bestimmte ist, dass sich die Diagnose präcise stellen lässt und dass die Tumoren sehr oft in toto entfernt werden können. Bei weiterer Ausbildung der Technik kann man also wohl noch bessere Resultate erwarten. Dr. Stender gegenüber möchte Theodor Schwartz betonen, dass doch immerhin Fälle von patholog. Zuständen (z. B. Verletzung) des Stirnhirns bekannt sind, wo psychische Ausfallsymptome gefehlt haben; er erwähnt eine Publikation von Veragutta und Cloetta (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 32, Heft 4—6), in der die Verfasser einen Fall schildern, in welchem das Stirnhirn einen wallnussgrossen Zertrümmerungsherd aufwies, und trotzdem fehlte jede Anomalie der Psyche, und trotz genannter Untersuchungen nach jeder Richtung konnten keine Defecte nachgewiesen werden; der Pat. zeigte wohl mancherlei körperliche pathol. Zustände, doch war die Psyche intakt. Ohne den Fall verallgemeinern zu wollen, möchte Schw. darauf hinweisen, dass starke patholog. Zustände im Stirnhirn möglich sind ohne psychische Ausfallsymptome.

Dr. P. Klemm: er stehe auf dem Standpunkte wie Vordr. Redner, was die beiden Regionen des ev. Operationsfeldes be-

treffe, doch bleibe für ihn das Postulat der Grössenverhältnisse und der Abgrenzbarkeit bestehen, er stütze sich auf E. v. Bergmann, der auch immer engere Kreise für die Operationsfälle gezogen habe. Ueber d. Punction des Hirnes habe er keine Erfahrungen.

Dr. A. von Bergmann: die Erfolge von Oppenheim und anderen sollen einen ermutigen, die Aussicht, einen Fall radikal zu operieren, sei ja sehr gering, es handle sich aber oft darum, bei total verlorenen Menschen Druckverhältnisse zu bessern, vorher ganz auszuschliessen sei ja die Operabilität auch nicht, also könne der Versuch gemacht werden, der besprochene Fall könne nicht als gesund gelten, er habe aber die unerträglichen Kopfschmerzen verloren. Die Symptome seien von Stender berührt worden, er möchte als Frühsymptom noch beginnende Demenz anführen, er habe nach Schussverletzung des Stirnhirnes Schwinden des Schamgefühles beobachtet.

Dr. Ed. Schwarz. Schlusswort:

Die Diagnose des Hirntumors sei möglich in 75 % aller Fälle. Es frage sich dann: 1) wo sitzt der Tumor? 2) Welcher Art ist er? schliesslich 3) wie gross ist er? Es zeigt sich, dass die Tumoren derjenigen Hirnteile, die am frühesten und sichersten eine Lokaldiagnose gestatten, auch diejenigen seien, die am leichtesten einer Operation zugänglich seien. Von den Tumoren mit sicherer Lokaldiagnose fielen für den chirurgischen Eingriff 53 % fort, weil unreichbar; soweit liessen einen Eingriff zu: 35%, und wenn man schliesslich alle diejenigen Tumoren noch abzieht, die erst bei der Operation Verhältnisse zeigten, die eine vollkommene Entfernung unmöglich machten — so bleiben nur 9 % übrig, die eine Heilung durch Operation ermöglichten.

Zur Heilung oder zu an Heilung grenzende Besserung seien 3–4 % geführt worden (Brun s). Die grössten Schwierigkeiten mache die Art-Diagnose des Tumors. Nur, wenn Prozesse am übrigen Körper vorhanden, die Schlüsse erlaubten, dürfe man sich eine Vorstellung von d. Art des Tumors bilden; so bei metastatischen Tumoren, bei Carcinom, Sarcom, Melanosarcom; bei vorhandenem Bandwurm könne man an einen Cysticercus denken; doch seien Cysticercen öfters beobachtet worden, ohne dass zugleich ein Bandwurm vorhanden gewesen sei. Die Art-Diagnose sei auch höchst selten zu stellen; scharf abgegrenzt seien Sarcome, Fibrome, Neurofibrome, Tuberkel, Cysticercen und Ecchinococcen; diffus in die Umgebung übergreifend Gliome und Carcinome; es mache den Eindruck, als ob im Kleinhirnbrückenwinkel Neurofibrome am häufigsten vorkämen.

Die Neisser-Pollacksche Punction sei nicht nur für den Ort, sondern auch für die Artdiagnose von grosser Wichtigkeit. Vortragender habe nur mit Hartmann (Graz) darauf hinweisen wollen, dass die Diagnose durch die Punction

nicht an Sorgfalt verlieren dürfe und dass sie in manchen Fällen mit Gefahr verbunden.

Bei der Beurteilung der Art der Wahrscheinlichkeit eine Rolle einzuräumen, gäbe oft Fehler; Vortragender habe einmal gegen Lichtheim Recht behalten; es habe sich um einen Kleinhirntumor gehandelt — bei einem Kinde, den Lichtheim für einen tuberculösen angesprochen habe; die Sektion in Riga ergab ein Gliom. Vortragender habe, da Tbc. in der Familie nie beobachtet worden sei, die Diagnose auf einen nicht tuberculösen gestellt. Ob der Tumor cortical oder subcortical sässe, sei unmöglich zu unterscheiden.

Auch die Grösse des Tumors sei schwer zu beurteilen.

Zum Schluss macht Vortragender auf die von Nonne einerseits und Saccager andererseits hingewiesenen Krankenbilder des Pseudotumors aufmerksam, die zu Fehldiagnose Veranlassung gegeben hätten. Ernst von Bergmann habe nach dem Referat von Bruns in 273 Fällen 16 Mal unnütz operiert; hier habe wohl das merkwürdige Bild des Pseudotumors fehlgeleitet; es kämen in Betracht die Tuberculose des Hirns und das Senium, die Allgemeinsymptome mit Ausfallsymptomen machten und Symptomenbilder erzeugten, die dem Tumorbilde sehr ähnlich sähen. Nähme man diese hinzu, so käme vielleicht 1 % Heilung für den Hirntumor durch Operation zu Tage; doch diese Fälle seien aus der Berechnung doch wohl auszuschliessen.

Dr. Hirschberg demonstriert einen 11-jährigen Knaben, dessen Schwester an Psoriasis leidet, er zeigt Zeichen von Hyperkeratose, Abschuppung am ganzen Körper. Die noch anhaftenden Schuppen sind teils kleienförmig, teils lamellös. Die übrige Haut am Körper ist trocken, scharf gefeldert, fettarm. Die Affection besteht seit der Geburt. Die Nasenspitze schwitzt. Die Poren sind punktförmig, bei Lupenvergrößerung unverändert.

Dr. v. Sengbusch.
d. Z. Secretär.

Sitzung am 30. Januar 1908.

Anwesend 65 Mitglieder. Als Gäste die DDr. Maximowitsch, Sarfels, Lempert, Keuchel.

Punkt 1. Dr. von zur Mühlen: Zur Casuistik der Thrombose des bulbus venae jugularis.

Die Fälle von primärer Thrombose des Bulbus venae jugul. sind im allgemeinen nicht häufig, Mc. Kernon weist darauf hin, dass sie mehr bei Kindern angetroffen werden. Anatomisch mag diese Annahme darin ihre Erklärung finden, dass die Scheidewand zwischen Fossa jugularis und Mittelohr bei

Neugeborenen von einer dünnen Knochenplatte gebildet wird, welche erst im Laufe der Körperausbildung an Stärke zunimmt. Immerhin sind auch beim Erwachsenen die anatomischen Variationen sehr bedeutend. Gelegentlich fehlt eine Scheidewand zwischen dem Bulbus und dem Mittelohr vollkommen, so dass ersterer sich halbkugelig in das Lumen des Mittelohres vorwölbt. In solchen Fällen ist bei einer wegen acuter Mittelohrentzündung vorgenommenen Paracentese auch schon der Bulbus angestochen worden. Abgesehen von diesen extremen Fällen, mögen mehr oder weniger grosse Lücken im Dache der Fossa jugularis häufiger vorkommen. Unter 449 Schädeln fand K ö r n e r 30 mal derartige Lücken, davon 22 auf der rechten, 8 auf der linken Seite. Die Gefahr der Infection des Bulbus der Vena jugularis ist in solchen Fällen bei acuten und chronischen Mittelohreiterungen augenscheinlich keine geringe, und es kann zu septischen und pyämischen Erkrankungsformen kommen.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine chronische linksseitige Mittelohreiterung. Der 16-jährige Knabe wurde ambulatorisch behandelt durch eine Reihe von Tagen hindurch, ohne dass irgend ein Symptom auf das Herannahen dieser gefährlichen Complication hingewiesen hätte. Bei der Untersuchung am 8. Jan. 1908 fühlte er sich heiss an, das Thermometer ergab 38,1. Der Knabe konnte erst am 10. Jan. aufgenommen werden, die Temp. war auf 39,7 gestiegen. Am 11. Jan. wurde er operiert. Wider Erwarten ergab die Radikaloperation sowohl im Proc. mast. als auch am freigelegten Sinus transversus vollkommen normale Verhältnisse. Auffallend war die ungemein starke Blutung aus der Vena mastoidea, was die Vermutung der central gelegenen Passageverlegung nahe legte. Sonst liessen sich weder die geringsten Spuren von Eiter noch Granulationen im Antrum und den Cellulae mastoideae nachweisen. Die Punktion des Sinus förderte normales Venenblut zu Tage. Der Erkrankungsherd musste daher im Bulbus liegen. Dafür sprach auch der Umstand, dass im unteren Teile des Mittelohres, im s. g. Recessus hypotympanicus sich zahlreiche Granulationen entfernen liessen.

Es sind nun verschiedene Methoden für die Freilegung des Bulbus angegeben worden, doch sind es alles grosse, auch technisch sehr schwierige Eingriffe, und nur im äussersten Notfalle wird man sich zu denselben entschliessen. Ich begnügte mich daher für das erste damit, mit einer Sonde in die Gegend des Bulbus einzugehen und diesen von dem Knochen abzuheben. Bei der Gelegenheit drang ein wenig Eiter aus der Tiefe vor. Eine primäre Spaltung der Sinuswand war nicht möglich, da man natürlich nicht wissen konnte, wie weit der Thrombus centralwärts zum Sinus transversus hin vorgewachsen war und diesen verschlossen hatte. Die eventuell eintretende starke Sinusblutung hätte eine Tamponade ei-

forderlich gemacht und eine vielleicht nötige Secundäroperation auf viele Tage hinaus verschieben können. Auch von einer Unterbindung der Jugularis nahm ich Abstand, obwohl Schluckschmerzen und Druckempfindlichkeit im Kieferwinkel auf eine Beteiligung derselben hinwiesen. Ich begnügte mich, einen Gazedrain in die Fossa jugularis hinauf zu schieben, und den Sinus transversus fest zu tamponieren. Durch Druck der Gefässwände aufeinander durfte ich auf eine Obliteration des Lumen rechnen, wodurch mir dann die Spaltung zum Bulbus hin ermöglicht werden musste. Eine vom Collegen Prätorius vorgenommene Blutuntersuchung ergab zahlreiche Staphylokokken pyogenes alb.

Die Temperatur fiel in den nächsten 2 Tagen bis auf 37,9 ab, um dann plötzlich am 12. Jan. abends auf 40,4 zu steigen. Ich entfernte die Tampons am 14. Jan., und es gelang mir leicht mit einer feinen gebogenen Augenscheere die Wand des collabierten Gefässes in der Gegend des Bulbus zu spalten. Aus der Tiefe trat, namentlich wenn man von unten herauf auf den Verlauf der Vena jugularis einen sanften Druck ausübte, tropfenweise Eiter.

Da die Eiterpassage nach oben hin anscheinend genügend frei war, sah ich auch dieses Mal von weiteren Eingriffen, auch einer Jugularisunterbindung ab. Dieselbe kann zugleich mit weitergehender Knochenresection zwecks Freilegung des Bulbus venae jugularis jederzeit vorgenommen werden, wenn ein Fortschreiten der Krankheitssymptome solches erfordern sollten. Ich muss mich durchaus dem von Körner vertretenen Standpunkte anschliessen, Art und Ausdehnung der Eingriffe dem jeweiligen Befunde anzupassen. Jedes auf theoretische Anschauungen aufgebaute, grundsätzliche Vorgehen in allen Fällen kann bei der Verschiedenheit der Fälle oft entweder ungenügend oder zu weitgehend sein.

Der zum Bulbus eingeführte Gazedrain wurde täglich gewechselt, wobei sich immer ein wenig Eiter aus dem langen dünnen Kanale bei Druck auf die seitliche Halsgegend entleerte. Den täglichen Verbandwechsel halte ich, wie auch anderweitig betont wird, bei vielen Formen der Sinusthrombose für sehr empfehlenswert. Die Temperatur fiel zur Norm ab und hielt sich so 6 Tage. Am 7-ten Tage war ich durch äussere Gründe verhindert, den Tamponwechsel vorzunehmen. Sofort stieg die Temperatur ganz acut auf 40,5, um nach dem Verbandwechsel wieder normal zu werden. Die Schmerzempfindung in der linken Seite des Halses beim Schlucken und auf Druck hat wenn auch in absteigendem Grade bis vor 3 Tagen angehalten. Am 27. war sie etwas stärker als gewöhnlich, zugleich stieg die Temperatur auf 38,2. Jetzt sind die Schmerzen ganz vergangen, und der Knabe darf als genesen bezeichnet werden. Eiter sondert sich nicht mehr ab.

Punkt II. Dr. P. Klemm: Zur Operation der Oesophagusstenose.

In der Discussion bespricht Dr. H. Schwarz eine Reihe von ihm mitbehandelter Fälle.

Dr. P. Klemm. Nach der von ihm erwähnten Operationsmethode seien nach einer Arbeit aus den Brunsschen Beiträgen nur 80 Fälle operiert. Er selbst habe 5 Fälle, von denen 2 gestorben, bei einem fand sich ein grosses Blutcoagulum im Magen, und das schon sehr entkräftete Kind starb an den Folgen dieser Blutung. Im zweiten Falle, wo es nicht gelang, von dem Magen aus die Sonde durchzuführen, war er genötigt, eine Oesophagotomie zu machen, dann liess sich die Sonde einführen; beim Sondenwechsel entstand eine Blutung aus der ven. jug. int.; trotz sofortiger Unterbindung erlag das Kind der Blutung.

Die Methode des sofortigen Schlusses der Magenöffnung, nach gelungener Einführung der Sonde nach oben hinaus, umgeht die unangenehme Beigabe der sich schwer schliessenden Magenfistel, und das Liegenbleiben der Sonde halte er für unangenehm aber nicht für so gefährlich.

Dr. Hampeln bemerkt, dass Dr. Schwartz mit anerkennenswerter Offenheit Mitteilungen über ungünstige Ausgänge bei Sondenbehandlung der Oesophagusstenosen gemacht hat. An einem anderen Material, bei Carcinomstenose, hat H. diese rel. oft zu beobachten Gelegenheit gehabt, besonders in früheren Jahren bei der damals noch üblichen Sondenbehandlung, von der er selber freilich längst zurückgekommen ist. Es handelt sich dabei um einfache Verletzung des Oes. bis zur Perforation und endlich Bildung «falscher Wege.» Die Folgen können dabei von drierlei Art sein. 1) Bildung von mediastinalen Abscessen mit tötlichem Verlaufe, 2) Entstehung einer umschriebenen Mediastinitis mit Ausheilung oder Hinterlassung eines abgekapselten kleinen Abscesses und 3) Entstehung eines falschen Ganges ohne Abscedierung im Mediastinum oder zu einer Lunge hin. Um einen Fall letzter Art scheint es sich in der Mitteilung von Schwartz gehandelt zu haben. Was die von Schwartz als «Schluckpneumonie» aufgefassten Fälle betrifft, der eine mit günstigem, der andere mit ungünstigem Ausgange, so müsse H. aus klinischen und anatomischen Gründen diese Auffassung bestreiten. Eine Läsion des Oesophagus im allgemeinen als Ursache einer Mediastinitis mit folgenden Lungenmetastasen erscheine ihm als der anzunehmende, bei weitem wahrscheinlichere Vorgang, obschon im Sectionsfalle der anatomische Beweis einer Läsion des Oes. nicht geliefert wurde. Der Fall sei insofern als un- aufgeklärt zu bezeichnen.

Daraus folge aber nicht die Berechtigung der Annahme einer auf so gewöhnliche Weise entstandenen Schluckpneumonie durch die auch die periösophagialen Abscesse nicht erklärt seien.

Dr. von Sengbusch
d. Z. Secretär.

Sitzung am 6. Februar 1908.

Anwesend 51 Mitglieder, als Gäste die DDr. Makaweisky, Biehler, Brennsen.

Dr. von Sengbusch demonstriert Photogramme eines lupuskranken Kindes und das jetzt gesunde Kind: vor Jahren, während der Behandlungszeit, ist dasselbe auch in verschiedenen Stadien demonstriert worden, jetzt ist dasselbe 15 Jahre alt, seit $3\frac{1}{2}$ Jahren recidivfrei, die Oberlippe, die stark eingesunken war, hat sich durch eine vor kurzem vom Dentisten Repsold angefertigte Prothese sehr schön gehoben, es hatten alle Vorderzähne wegen der lupösen Erkrankung des Gaumens entfernt werden müssen. Die Nasenflügel, die vollkommen zerstört waren, haben sich gut ersetzt, sind nur noch etwas flach und eingesunken. Er meint, ob hier nicht Paraffininjectionen am Platze wären; Dr. von zur Mühleu warnt vor letzteren, da sie nicht harmlos seien, es seien nach anfangs gutem Gelingen recht schwere secundäre Störungen dabei beobachtet.

Ferner demonstriert Dr. v. Sengbusch einen Pat. mit einem Unterschenkelbruch nebst Röntgenbildern, die Knochen stehen in leichter Winkelstellung, Fibula verheilt, Tibia ganz lose, es waren 14 Wochen seit dem Unfall vergangen, als Pat. in seine Behandlung kam, nach einem Gypsabguss wurde sofort eine Celluloidhülle angefertigt, die in den ersten Wochen die Sohle und Hacken mit umfasste. Pat. konnte damit gleich anfangen, fest aufzutreten, neben Hackmassage, kamen Stauungen und Schwitzbäder in Anwendung, von der 3. Woche an zeigten die Fragmente deutliche Tendenz zum Festwerden und jetzt steht baldige absolute Consolidation in Aussicht. In $1\frac{1}{2}$ Jahren sei dieses sein 4. Fall, den er auf diese Weise behandle, die 3 früheren haben volle Function erreicht; trotz nicht gut aussehender Stellung der Fragmente auf dem Röntgenbilde sei die Verkürzung weniger als 1 cm. — er warnt dringend davor, Unfallpatienten unnütz Röntgenogramme in die Hand zu geben, da dadurch leicht übertriebene Forderungen entstehen, ein mässig geheilt aussehender Knochenbruch kann ganz vorzügliche Function haben.

Punkt II. Dr. Prätorius hält seinen Vortrag über Nasendiphtherie bei einem 3-wöchentlichem Kinde. (Erscheint im Druck.)

Discussion:

Dr. Bertels erinnert daran, dass bei der sogenannten Rhinitis fibrinosa auch oft Löfflersche Bac. gefunden seien, ob die Krankheitsbilder auseinander zu halten seien?

Dr. Prätorius entgegnet, dass der Ausdruck Rhin. fibr. nur im Allgemeinen das Krankheitsbild bezeichne, es handele sich dabei wohl stets um Diphtherie, allerdings könne auch durch andere Bact., z. B. Staphylococcen dieses Bild zu Stande kommen, man

sei aber jetzt so weit, eine scharfe Trennung durch die Untersuchung durchzuführen, und dieses sei notwendig.

Dr. Rimscha: Es kommen recht häufig fibr. Beläge in der Nase vor, meiner Meinung nach werden aber relativ selten Diphtherie-Bacillen dabei gefunden, im positiven Falle aber zeichnen sich die Fälle durch auffallend milden Verlauf aus; woher der cronpöse Belag kommt, ist noch fraglich, vielleicht ist eine übergrosse Empfindlichkeit daran schuld.

Dr. P. Klemm bestätigt auch den leichten Verlauf der Nasendiphtheriefälle, leichte Temperatursteigerung bei starkem Fliessen aus der Nase ergebe das richtige Bild eines Schnupfens — er halte auch diese Erkrankung für eine der unschuldigeren Arten der Diphtherieerkrankung.

Dr. von zur Mühlen schliesst sich dem an, betont aber, dass es eine Infektionsquelle für andere abgebe, daher nicht leicht zu nehmen sei, vielmehr in jedem Falle eine Seruminjection zu machen sei.

Dr. Berkholz bemerkt, dass die Diphtherie, falls frühzeitig genug die Diagnose gestellt werde, überhaupt leicht verlaufe, 6–8% Mortalität rechne man. Nur 2 Formen seien gefährlich — das sei ein Uebergreifen auf den Larynx und dann die Mischinfektionen mit Strepto- und Staphylococcen. Die reine Diphtherie der Rachenmandeln und der Nase verläuft immer leicht im Laufe von ca. 14 Tagen. Sehr selten aber wurde die Erkrankung bei jungen, gesunden Brustkindern beobachtet, erst wenn sie magen-darmkrank sind, inklinieren sie mehr dazu. Interessant sei die Erfahrung, dass so kleine Kinder 1000 Einheiten — (Behring II D.) sehr gut vertragen, nebenbei sei für richtige Ernährung zu sorgen. Er führt einen Fall seiner Praxis an, wo die Mutter eines 2-monatlichen Säuglings Diphtherie bekam. Sollte er das Kind von der Brust nehmen lassen? Es handelte sich um eine sehr kinderreiche und arme Frau, zu Hause konnte die Mutter wegen der anderen Kinder nicht bleiben. Er nahm daher die Mutter und das gesunde Kind ins Krankenhaus, und letzteres wurde nicht krank, die Mutter genas in 14 Tagen — ein magen- und darmgesunder Säugling hat zur Infectionserkrankung keine Anlage.

Dr. Voss: Die Bezeichnung Rhinitis fibr. muss aus der Nomenclatur schwinden, da es sich zum grössten Teil um Diphtherie dabei handelt, dass es sich oft um Pseudodiphtheriebacillen dabei handeln soll, beruht meiner Meinung nach auf bacteriologischem Irrthume. Der Verlauf der Erkrankung ohne Seraminjectionen zieht sich oft über Wochen bis zu einem Monat hin, dadurch bilden sich stets neue Membranen, und diese Patienten sind als gefährliche Infectionsherde bei der Verbreitung der Krankheit anzusehen. Meiner Erfahrung nach ist nur die reine primäre Nasendiphtherie harmlos, bei primärer Erkrankung des Rachens und Uebergreifen zur Nase hingegen ist der Verlauf ein schwerer.

Dr. Berkholz: die Frage der Pseudodiphtheriebacillen ist nach der neuen Färbmethode auch ohne Tierexperiment als geklärt anzusehen, und Erkrankung mit Pseudodiphtheriebacillen sind sehr selten.

Dr. Schabert: das Ausstrichpräparat zur Verwertung der Diagnose spielt keine Rolle mehr, unbedingt sicher ist aber die Neissersche Färbmethode; nach einer Modification der Methode gelingt es jetzt, die Untersuchung mit grosser Sicherheit bis auf 5 Stunden abzukürzen.

Dr. Krannhals ist vom Ausstrichpräparat auch ganz abgegangen und bedient sich nur noch des Culturverfahrens, das das Gefühl der grossen Sicherheit auch in zweifelhaften Fällen gebe. Er berichtet über 2, lange Zeit nicht erkannte Fälle von Nasendiphtherie bei 2 alten Damen von 85 resp. 90 Jahren, wo nach Stellung der Diagnose eine Injection schnelle Heilung brachte.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Sitzung am 19. März 1908.

Anwesend 56 Mitglieder, als Gäste DDr. Sarfels, Lempert, Girsensohn, Modawnek, Brennsen.

Dr. P. Klemm: Demonstration eines operierten Falles von Syndaktilie (Verwachsung der Finger und zwar des III. und IV. beider Hände). Es sei eine scheinbar geringfügig und leicht zu beseitigende Abnormität, operativ aber doch nicht so einfach vorzunehmen, einfache Durchschneidung führe nie zum Ziele, da die Wundflächen von der Fingerbasis aus wieder verwachsen. Langenbeck versuchte vom Dorsum der Hand Hautlappen zu überpflanzen, da die Lappen dünn sind, sterben sie leicht ab und verschlimmern die Sache durch gleichzeitige Narbenbildung auf dem Handrücken. Auch das Durchschneiden mit Versuchen der Thier'schen Transplantation hat keine guten Erfolge gehabt.

Er habe in diesem Falle einen grossen dreieckigen Lappen vom Oberschenkel genommen und ihn anheilen lassen, der Effect ist ein sehr guter, die Function vollkommen, die Wunden an den Beinen durch Transplantation geheilt. Die Lappen, die an den Fingern angewachsen sind, sehen noch etwas plump aus, werden aber noch schrumpfen.

Dr. E. Schwarz hält seinen Vortrag über «Unfallneurose als epidem. Volkserkrankung» und spricht auch über die Verhinderung derselben. — Er demonstriert im Anschluss daran 2 Patienten aus dem Krankenhaus, von denen der eine, der vor vielen Jahren einen Unfall erlitten, als Rigenser das Krankenhaus von Zeit zu Zeit

aufsucht, sehr erhebliche Spasmen im rechten Arm und Hand hat, so dass er nur mit Mühe einen Löffel zum Munde führen kann, gleichfalls gelingt es ihm kaum, aus einem Glase Wasser mit dem Löffel zu schöpfen; dieser Patient habe es dennoch erlernt, Matten zu flechten und andere kleine Arbeiten zu leisten. Redner meint, dass dieser Patient, falls zur Zeit seines Unfalles schon die Unfallversicherung existiert hätte, starke Ansprüche an die Kasse gemacht hätte und wohl überhaupt nicht dazu gekommen wäre, sich sein Brot selbst zu verdienen.

Dr. P. Klemm: er vermisse als Arzt der hier bestehenden Unfallgesellschaft, der viel mit solchen Fällen zu tun habe, eine genaue Definition der traum. Neurose. Nach Oppenheim handle es sich um nervöse Störungen nach einem Trauma, die aber im vollen Gegensatz stehen zu der meist ganz geringen Stärke des Traumas. Die medicinische Facultät in Berlin habe später von Prof. Jolly und Leyden ein Gutachten über den Begriff und das Vorhandensein der traum. Neurose erbeten, und diese haben dieselbe überhaupt negiert.

In den beiden hier eben besprochenen Fällen handle es sich nicht um traum. Neurose, sondern um Schädelverletzungen, Compressionen des Rückenmarkes resp. Blutungen, namentlich der erste oben besprochene vorgestellte Patient sei entschieden in seinem Beruf stark gestört und verdiene selbstredend, falls er versichert wäre, eine grosse Entschädigung — aber von traum. Neurose sei bei ihm keine Rede. — Vor ca. 10 Jahren vor Einführung der Versicherungsgesellschaft gab es hier bei uns keine traum. Neurose, es kamen nachher Fälle vor mit ganz geringfügigen Verletzungen des Kopfes bei der Arbeit, die aus irgend welchen Gründen eine Entschädigung herausdrückten, diese haben dann die anderen Fälle nachgezogen, es seien das dieselben Arbeiterköpfe, auf denen bei anderen Gelegenheiten ruhig in der Kneipe Bierflaschen zerbrochen werden können, ohne dass sie eine traum. Neurose bekommen, aber wenn bei der Arbeit sie ein fallender Nagel streift ohne eine Verletzung zu hinterlassen, dieselbe acquirieren sollen. Es wird augenblicklich eine Enquete veranstaltet, um zu erweisen, dass die Arbeiter, die wegen traum. Neurose Capitalauszahlung — dieses ist bei uns meistens der Fall — erhalten haben, wohl sämtlich nach Empfang des Geldes voll arbeitsfähig geworden sind.

Dr. Schönfeldt: die Aerzte seien verpflichtet, diesem Gebiete ihre volle Aufmerksamkeit zuzuwenden. Auch in Deutschland, wo das Gesetz schon 25 Jahre lang besteht, gäbe es noch viele Mängel. namentlich wird auf das ärztliche Urteil nicht genügend Gewicht gelegt. Die Aerzte müssten in diesen Dingen aber stets die ausschlaggebende Stimme haben. Bei uns müsse man sich die Mängel und Fehler der anderen zu Nutzen machen und an jeden einzelnen Fall mit

vollkommener Objectivität und ohne Gefühlsduselei herantreten. Er verfolgt seit Jahren solche Fälle mit grossem Interesse, auch nachdem sie mit einer Entschädigung abgefunden, und müsse betonen, dass die traumat. Neurose ohne Frage existiere, es gäbe ein zuverlässigeres Material als die Arbeiter es sind, das seien die gebildeten Leute, die nicht versichert sind, also keinerlei Vorteil zu erwarten haben. Er führe nur an als Beispiel einen Herrn, den er seit 5 Jahren beobachte. Derselbe habe viele Minuten hindurch in grosser Lebensgefahr geschwebt (Schlittenfahrt, durchgehendes Pferd), zuletzt sei er in weichen Schnee ohne irgend eine traumatische Läsion gefallen. Resultat — arbeitsunfähig — traumatische Neurose. Ein zweites Beispiel sei ein Zugführer der Strandbahn, der mit Volldampf bei einer Curve einem andern Zuge entgegenfuhr. Durch stärkstes Bremsen gelang es, die Züge direkt voreinander zum Stehen zu bringen, von den beiden Führern ist der eine arbeitsunfähig geblieben und als Vollinvalide zu betrachten — obgleich er mit einer recht hohen Capitalzahlung abgefunden sei. — Er stimme darin mit Dr. Klemm überein, dass Dr. Schwarz's Fälle, die er vorstellte nicht in die Kategorie der traum. Neurose hineingehören. Das Schwergewicht bei Beurteilung solcher Fälle falle in das Gebiet des Neurologen und Psychiaters, und es gäbe unter Umständen kaum eine andere so schwere Diagnose — es würde seiner Meinung nach ebenso viel Unheil angerichtet mit der Diagnose «Simulant», wie auf der andern Seite mit der Diagnose «traumatische Neurose.» Sehr wichtig sei eine sorgfältige Anamnese, ganz besonders das Moment des wenn auch nur für Sekunden bewusst in Lebensgefahr schwebens. Eine Bewusstlosigkeit nach Kopftrauma ohne Kenntnis der Lebensgefahr habe für die psych. Aetiologie meist gar nichts zu bedeuten; es käme noch in Betracht die hereditär belastete und psychopatische Natur des Individuums.

Dr. Stender giebt seiner Meinung dahin Ausdruck, dass die traumatische Neurose in weiteren ärztlichen Kreisen bereits bekannt sein dürfte als ein Symptomencomplex, der sich aus neurasthenischen und hysterischen Zeichen zusammensetzt und der nur dadurch eine besondere Färbung erhält, dass der aetiologische Faktor, der Unfall, einerseits und die Begehrungsvorstellungen im Strümpel'schen Sinne andererseits dem Krankheitsbilde ein eigenartiges mehr oder weniger spezifisches Gepräge verleihen. — Es gelte ferner, die rein organischen Affectionen des Gehirns, die mit grob anatomischen Laesionen, sei es der Schädeldecke, sei es der Gehirnssubstanz im Sinne von Blutungen etc. einhergehen, dem Krankheitsbild der traumatischen Neurose fern zu halten. Letztere gehörten unbedingt in die Klinik. Verständlicherweise gelangten jedoch häufig Mischfälle zur Beobachtung, wo es schwer fiel, zu entscheiden, in welcher Richtung die

einzelnen Symptome des Krankheitsbildes, ob im Sinne einer Neurose oder im Sinne einer organischen Erkrankung zu gruppieren wären. Kopfschmerzen und Schwindelercheinungen ständen häufig im Vordergrunde des Krankheitsbildes, und ihre Beurteilung sei oft den allergrössten Schwierigkeiten unterworfen. Je erheblicher die organischen Laesionen, desto eher wird man mit den genannten Symptomen als Folgeerscheinungen rechnen dürfen. — Sehr schwierig sei die Frage der Behandlung der traumatischen Neurose und noch weit von einer endgiltigen Lösung entfernt. Die «jährliche Rente», wie sie in Deutschland üblich, werde fast allgemein verurteilt. Der Kampf um die Rente unterhalte nicht nur das Krankheitsbild, sondern führe zu Unwahrheiten und Uebertreibungen, die einen um so grösseren Rahmen annehmen, je kleiner die gewährte pecuniäre Unterstützung ist. — Bei uns in Riga käme hauptsächlich die Capitalabfindung in Frage. Auch letztere hätte ihre Nachteile. Die Bezeichnung Capitalhysterie giebt dem Ausdruck. Trotzdem meint Redner, sie der Rentenverabfolgung vorziehen zu müssen, und zwar aus naheliegenden Gründen, welche nicht näher erörtert zu werden brauchen. Um all den Uebelständen aus dem Wege zu gehen, ist auf dem Congress in Baden-Baden von Arbeiterhäusern die Rede gewesen. Letztere sollten den Uebergang von der endgiltigen Entlassung des Patienten aus dem Krankenbause bis zur definitiven pekuniären Abfindung darstellen. Einer endgiltigen Verwirklichung dieser Idee dürften enorme Schwierigkeiten entgegenstehen, wobei Ueberwindung für absehbare Zeit ausgeschlossen erscheine. So bleibe denn fürs Erste wenigstens die angeregte Frage eine offene. Viel Zeit und Arbeit sei noch erforderlich, um einer befriedigenden Lösung näher zu kommen. Dem Standpunkt jedoch, jeden Unfallverletzten durch Entziehung jeglicher pecuniären Unterstützung zur Arbeit zu zwingen, könne Redner sich nicht voll und ganz anschliessen. Es gebe Fälle, welche durch eine derartige Massnahme zu dauerndem Siechtum verurteilt wären.

Dr. E. Schwarz. Er habe die beiden Fälle nur deshalb vorgestellt, um zu zeigen, wie schwere traumatische Läsion ausheilen können, ohne zur traum. Neurose zu führen. Vor dem Unfallgesetz haben die Fälle der traumatischen Neurose zu den grössten Seltenheiten gehört und das Urteil der Neurologen in Baden-Baden habe auch dahin gelautet, dass dieselbe überhaupt nicht zu existieren brauche und nur durch das Gesetz geschaffen sei.

Dr. Tiling meint, dass auf das psychische Moment zu wenig Gewicht gelegt wird. Man beobachte auch psychische Epidemien auf anderen Gebieten, und dieses beweise doch, dass gewaltige Wirkungen im psych. und somatischen Befinden der Menschen hervorgerufen werden können; er neige dazu, dass bestehende Gesetze eine grosse Wirkung auf die Psyche der

arbeitenden Klasse ausüben und durch dieselben allerlei gezüchtigt wird.

Dr. K l e m m meint, dass nicht nur der Neurologe und Psychiater, sondern alle Aerzte namentlich aber auch Internist und Chirurg bei Beurteilung solcher Fälle mitzusprechen haben. Wichtig sei gewiss die Frage nach der Stärke des seelischen Traumas, das auf die Psyche des Menschen einwirkt, andererseits aber bitte er, an die Arbeiter zu denken, in gefährvollen Maschinenbetrieben, wo sie stets einer Lebensgefahr ausgesetzt sind, oder an Matrosen bei schwerem Sturm auf dem Schiffe oder endlich an die Soldaten im Gefechte, warum kämen da keine traum. Neurosen vor?

Dr. V o s s meint auch, dass ein früher seltenes Krankheitsbild sich in den letzten 20 Jahren sehr ausgebildet habe. Die Frage der Capitalauszahlung und der Arbeiterhäuser sei genannt worden als Hilfsmittel dagegen, doch erscheine ihm auch letzteres nicht als das Richtige. Interessant sei die Erfahrung, die die Dünaburger Eisenbahn früher an den schwer verletzten Arbeitern gemacht habe. Es war da der Modus eingeführt, dass der zu Schaden gekommene nicht einfach mit einer Geldentschädigung entlassen wurde, sondern er wurde unterstützt, musste aber eine Arbeit meist nach freier Wahl leisten. So kenne er einen Fall, in dem einem Arbeiter beide Beine abgefahren waren, der sich die nicht ganz leichte Arbeit des Laternenansteckens auf dem Rangierbahnhofe gewählt hatte und sie jahrelang ausfüllte. Jetzt aber heisst es, ich habe ein Recht zur Rente auch ohne zu arbeiten und dieses wirkt schädlich auf die Psyche des Verletzten.

Dr. M. S c h ö n f e l d t. Bei der Behandlung käme es oft auf eine suggestive Wirkung an, der Arbeiter müsse sehen, dass etwas für ihn geschehe. Die Hauptsache bleibe die Bemühung um eine leichte von ihm ausführbare Arbeit mit auch geringerem Verdienste, der Fabrikleitung sei dieses aber meist unbequem, nach einiger Zeit werde er, wenn es auch gelungen ist, ihn so unterzubringen, doch entlassen und der Versicherungsgesellschaft übergeben, resp. an die Luft gesetzt, dann werde der ganze Klageapparat in Bewegung gesetzt und ein solcher Arbeiter ist meist verloren für seinen Beruf, er könnte aber gerettet werden beim Bleiben im Betriebe, wenn er auch weniger arbeitete, wobei auch den Gesellschaften viel erspart bliebe an Mühe, Zeit und Geld vor allem.

Dr. E. S c h w a r z: Nicht als traum. Neurosen, sondern als gesunde habe er die beiden Pat. vorgestellt, dieses hebe er noch einmal hervor. In Deutschland würden die verunglückten Eisenbahner mit vollem Lohne in den Betrieb eingestellt und damit seien schon gute Erfahrungen gemacht worden.

Dr. R. v. S e n g b u s c h ,
d. Z. Secretär.

Sitzung am 2. März 1908.

Anwesend 45 Mitglieder und als Gäste die DDr. Biehler und Böttcher.

Das Präsidium übernimmt in Abwesenheit des Präses und Vicepräses Dr. Hampeln.

Punkt I. Dr. Hirschberg stellt einen Fall von Sclerodermie vor. Patientin, 22 Jahre alt, keine nachweisbar hereditäre Veranlagung. Ausser leichter Paraesthesien und Frösteln keine sonstigen Prodrome. Von den Flecken ist der älteste, der auf dem Rücken, vor 4 Jahren entstanden, der jüngste, am rechten Unterschenkel («magerer geworden»), vor 3 Jahren. Schwindel und Erbrechen.

Der status praes. weist folgende Flecken auf: 1) auf dem Rücken — pigmentiert, atrophiert, bräunl. graue Gefäßectasien. Der Fleck geht bis zum Halse hinauf. Am linken Rande des Fleckes hantelartige Keloide.

2) Rechts und links unter dem Kreuz je ein Fleck.

3) Am Abdomen, fast ihn im ganzen einnehmend, mit eingestreuten Keloiden.

4) Am rechten Unterschenkel ein rechtsseitiger Streifen mit bläulichem, geädertem Rande, oedematös.

Ueber den Flecken xanthelasmaartige Flecken von ocker-gelber Farbe, hirsekorngröss.

In der Wadenmuskulatur chryscitisähnliche Knollen. Keine Anaesthesie in den Flecken; keine Stauungspapille (Hypophysistumor).

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht:

1) Vitiligo

2) Lepra.

3) Atrophia idiopathica.

4) Sclerodermie.

Gegen Vitiligo spricht die Atrophie, gegen Lepra das Fehlen von Anaesthesien, gegen idiopathische Atrophie — das Oedem, die Farbe und der Glanz, somit bleibt:

Sclerodermie en plaques oder circumscribed übrig zum Unterschiede von der universellen Sclerodermie (Moulage und Röntgenaufnahme), wozu die Sclerodactylie gehört.

Synonyma: Cutis eburnea, cicatrisierendes Hautsclerom etc.

Wohl zu unterscheiden vom Sclerom; Neumann fand beide Krankheitsformen an einem Individuum.

Die jüngsten Flecken bei Sclerodermie sind mit Oedem verbunden, das 2. Stadium ist das der Induration, das dritte das der Atrophie.

Als ätiologische Factoren kommen in Betracht: 1) die Infection (Rheumatismus), 2) die Lymphstauung im Duct. thoracicus, 3) Gefässerkrankungen, 4) Erkrankungen der Thyreoidea, der Hypophysis, der Nebennieren, 5) die embryonale Anlage, 6) die Syringomyelie.

Die Therapie der vorliegenden Trophoneurose hat sich den ätiologischen Faktoren angepasst. Es giebt Fälle, die in Heilung übergegangen sind.

Weiter stellt Dr. Hirschberg einen Fall von Lupus vulgaris der Zunge vor.

Trägerin hat einen Lupus vulgaris disseminatus im Gesicht und beetartige Efflorescenzen auf der Zunge.

Zum Schluss demonstriert Dr. Hirschberg ein Instrument, das von ihm zu dem Zwecke konstruiert worden ist, um die durch Glasdruck sichtbar gemachten Knötchen mit einem Farbstift an der Haut zu fixieren. Dasselbe besteht aus einer durchlochten Glaslinse mit einem Griff, in welchem der zugespitzte Farbstift aufbewahrt werden kann. (Diaphanograph nach Dr. M. Hirschberg) (die genaue Beschreibung erfolgt in der Zeitschrift für Dermatologie).

Discussion:

Dr. M. Schönfeldt kann mit Vortragendem in Bezug auf die Prognose der Sclerodermie nicht übereinstimmen. Falls es solche Fälle geben sollte, in denen sich die Infiltrationen voll zurückbilden und Pat. gesund werden, so müsse es sich seiner Meinung nach um Fehler in der Diagnose gehandelt haben, oder aber es würde noch gelingen, diese Fälle aus der Gruppe der klassischen Sclerodermie auszuschneiden und als besondere Krankheitsform von ihr zu scheiden, was ja bis jetzt seine Schwierigkeit haben könne. Die Sclerodermie sei wohl meist ein zum Tode führendes Leiden. Vor Jahren habe er einen Knaben, ca. 14 Jahre alt, vorgestellt, er hat sich stetig verschlimmert, kam ins Kinderhospital, die infiltrierten Stellen retrahierten sich, es bildeten sich Ulcerationen, und an allgemeiner Sepsis ging er zu Grunde.

Dr. E. Schwarz schliesst sich dem an, dass die allgemeine Sclerodermie unheilbar sei, von der partiellen Form habe er einen Fall gesehen, diese pflegen in ihrem Zustand zu beharren, und die Prognose sei bei ihnen daher günstiger, es mag mit der Aetiologie dieser Krankheit zusammenhängen, es fand sich nämlich in seinem Falle hereditäre Lues, ein Moment, das vielleicht die Prognose günstiger gestalte.

Dr. Hirschberg: Es sei etwas ganz anderes um die universelle Sclerodermie und die Sclerodermie en plaques. In Frankreich sei letztere relativ häufig, und dort sei man zum Resultat der guten Prognose gelangt. Seine günstig gestellte Prognose beziehe sich auch nur auf diese Fälle; es sei auch beobachtet worden, dass sich obiger gutartigen Form die universelle Sclerose angeschlossen habe. Ob dieses zur Scheidung der Krankheitsformen verwendet werden könne — liesse sich nicht entscheiden. Interessant sei das Vorkommen der Sclerodermie neben Myositis — eventuell also eine infectiöse Ursache, daher sei aber auch vielleicht die Heilbarkeit zu erklären. Oft bleiben die Herde constant und machen keine Beschwerden, daher von einer Genesung doch wohl gesprochen werden könne.

Punkt II. Dr. Hampeln: Mitralstenose (erscheint in der Deutsch. medic. Wochenschrift).

Discussion:

Dr. Krannhals: Wenn Vortragender soeben die Vermutung geäußert, dass sich in Zukunft vermutlich die Zahl der reinen Mitralstenosen vermehren dürfte, und zwar weil wir in der Wasserprobe nun mehr ein Mittel besitzen die Suffizienz der Mitralklappe zu beweisen, so kann sich solches meines Erachtens nur auf solche Fälle beziehen, welche intra vitam als combinierter Klappenfehler imponierten (als Stenose mit Insuffizienz), bei denen sich jedoch die Annahme einer Insuffizienz als irrig erwies, indem durch die Wasserprobe die Schlusssfähigkeit der Klappe demonstriert werden konnte.

Dr. Krannhals richtet nun an Vortragenden die Frage, ob er aus seinen reichen Erfahrungen diagnostische Anhaltspunkte geben könne, um einem derartigen klinischen Irrtum zu vermeiden. Meist werde es ja wohl ein systolisches Geräusch sein, welches, neben den physikalischen Befunden einer Mitralstenose bestehend, zur Annahme einer gleichzeitigen Insuffizienz Veranlassung gebe.

Dr. Schabert spricht dem Vortragenden seine Erkenntlichkeit aus, dass er in einem ausführlichen Correferat vom klinischen Standpunkte aus zu dem von ihm Mitgeteilten Stellung genommen habe; das Schlussresultat sei principiell im Grossen und Ganzen das Gleiche; auch Dr. Hampeln betone die nicht allzugrosse Seltenheit reiner Fälle von Mitralstenose und deren relative Gutartigkeit.

Bedenken gegenüber den von ihm als reine Stenose angegebenen Fällen könne er nicht anerkennen, ein Schwanken im Urteil über die Schlusssfähigkeit der Mitralklappe bei der Funktionsprüfung pathologischer Fälle habe nicht bestanden. Die Richtigkeit der Trichterform bei Klappenstenose sei ihm zweifelhaft; was er gesehen, entspräche nicht einem Trichter, sondern einem Diaphragma und der Schluss erfolge durch einen noch freien Abschnitt, meist des grossen Segels; in einzelnen Fällen sei dieser Abschnitt nicht nur frei, sondern auch zart und werde durch den Antrieb des vom Ventrikel aus hineingebrachten Wasserstrahles vorgewölbt.

Die relative Gutartigkeit vieler Mitralklappenfehler erkläre er sich aus pathogenetischen Ursachen. Die Mitralis werde, im Gegensatz zu den schweren nervösen Formen, die, wie er in einem früheren Vortrage nachgewiesen habe, mehr Aortenklappen bevorzugen, mit Vorliebe von der leichteren, sogen. rheumatischen Form der Endocarditis ergriffen, die nicht durch Ablagerung der Bakterien selbst, sondern durch deren Toxine verursacht werde, gerade so wie die Synovia der Gelenke oder die serösen Häute der Höhlen; warum das so geschieht, ist eine Frage für sich und heute nicht zu beantworten.

Was die klinische Diagnose der reinen Stenose d. M. anlangt, so diagnosticiere auch er die auf Grund der

vom Vortragenden aufgeführten Erscheinungen, nur möchte er den vom Vortragenden als Klappenton bezeichneten ersten Ton an der Herzspitze als Muskelton aufgefasst wissen; sein besonders lautes Klappen bedeute die Hypertrophie des H. Ventricels. Er finde ihn auch immer neben einem Geräusch, wenn man das Stethoscop nur leise aufsetzt, es gewissermassen «lüftet», wodurch das Geräusch fast ausgeschaltet werden kann. Die Unterscheidung eines präsys- tolichen von einem systolischen Geräusch sei in vielen Fällen nicht leicht, eine einfache Ueberlegung auf Grund des von Helmholtz angegebenen Schwellenwertes für getrennt wahrnehmbare Schallphänomene führe dazu, nahe an die Systole heranrückende präsys- toliche Geräusche für sys- toliche zu halten und dadurch der Annahme einer Insufficienz zu verfallen; für diese Fälle bedürfen wir in Zukunft durch aus einer schallwidergebenden Vorrichtung, die nachträg- lich eine genaue, auf die einzelne Zeitphase abgestimmte ac- ustische Analyse gestattet. Auch die orthodiagr. Methode sei zur Analyse heranzuziehen: bei reiner Stenose sei ihm eine mehr viereckige Form des Herzschattens aufgefallen bei all- gemeiner mässiger Vergrösserung desselben. Unrichtig sei aber die vielfach gehörte Vorstellung einer Vergrösserung nach rechts oder nach links. Von Ausnahmen abgesehen (Fixation), gebe die Herzfigur stets eine Verbreiterung nach beiden Richtungen; nur die Form kann eine verschiedene, durch Länge und Weite bestimmte, sein.

Dr. Hampeln kann den Bemerkungen Dr. Schaberts, soweit sie sich nicht auf das Stenosen-Thema beziehen, eigent- lich in keinem Punkte zustimmen.

1. Dem von Dr. Schabert angegebenen Index ziehe er wie früher so auch jetzt die gewöhnlichen Arten der klini- schen Grössenbestimmungen vor.

2. Die Trichterform ist seiner Auffassung nach zum Unter- schied von der gleichfalls anzutreffenden Diaphragmaform, eine wohl characterisierte Form der Mitralstenose.

3. Die an der Mitralklappe und den Aortenklappen auftre- tenden Endocarditiformen sind im wesentlichen die gleichen.

4. Der erste Herzton ist allerdings zum Teil auch ein Muskelton, aber zum anderen und zum wesentlichen Teil ein Klappenton und zwar Mitralklappenton und werde darum mit Recht als Mitralton bezeichnet.

5. In den gut compensierten Fällen von Mitralstenose, von denen in seiner Arbeit die Rede war, unterscheiden sich die Herzschatten nicht von dem Herzschatten Gesunder.

6. Wenngleich es möglich und wohl auch wünschenswert sei, den Moment des Eintrittes und der Dauer eines Herzge- räusches nach einer nicht subjectiven, sondern objectiven Me- thode genau zu fixieren, worüber übrigens schon Versuche und Mitteilungen vorliegen, so erscheinen ihm doch in praxi

die bisher geübten Methoden völlig ausreichend zur Entscheidung der Frage, in welche Phase der Herztätigkeit ein Geräusch fällt.

Dr. von Sengbusch
d. Z. Secretär.

Sitzung am 30. April 1908.

Anwesend 51 Mitglieder und als Gast Herr Dr. Biehler. Vor der Tagesordnung widmet der Präses dem Andenken des verstorbenen Ehrenmitgliedes der Gesellschaft Dr. med. Gustav Carlblom warmempfundene Worte und ersucht die Anwesenden, sich zur Ehrung des Toten von den Sitzen zu erheben. Im Anschluss hieran giebt Dr. Hampeln einen detaillierten Bericht über die letzten Lebenswochen des Verstorbenen, erörtert seine diagnostischen und therapeutischen Erwägungen bei der Behandlung desselben und schliesst mit einem Bericht über den Befund bei der Autopsie.

Vor der Tagesordnung stellt weiter Dr. Büttner einen Patienten vor:

Meine Herren! Der 51-jährige Patient, den ich Ihnen hier vorstelle, leidet seit einigen Jahren an chronischem Bronchialcatarrh und Lungen-Emphysem mässigen Grades, ist im Uebrigen arbeitsfähig. Anscheinend ist er kein Phthisiker. Vor drei Tagen erkrankte er an einer trockenen linksseitigen Pleuritis. Er klagt über starke Stiche in der linken Seite, und man hört links hinten, seitlich und vorne lautes Reiben. Es besteht keine Dämpfung, und der Pectoralfr-mitus ist unverändert. Wenn ich Ihnen trotz der grossen Häufigkeit dieser Krankheit den Patienten vorstelle, so tue ich das eines Symptomes wegen, das im Allgemeinen bei der Pleuritis wenig Beachtung findet und das bei dem Kranken sich in seltener Prägung findet. Wenn Sie Patienten auffordern, die Stelle seines recht heftigen Spontanschmerzes zu zeigen, so bezeichnet er eine Partie, welche ziemlich genau einer Partie entspricht, die hochgradige Druckempfindlichkeit aufweist. Es ist dieses ein Bezirk, der begrenzt wird von vorderer und hinterer Axillarlinie einerseits und von der VI. und IX. Rippe andererseits. Ein ganz leichter Druck in dem innerhalb dieses Bezirks gelegenen Intercostralraum zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie ist so schmerzhaft, dass Patient zusammenfährt; etwas weniger, aber immerhin noch sehr schmerzhaft wird ein Druck auf eine Rippe in dieser begrenzten Partie empfunden. Hebe ich in dieser begrenzten Partie eine Hautfalte vorsichtig ab, so ruft das, wie Sie sehen, keine Schmerzensäusserung hervor. Bei einer Prüfung der Sensi-

bilität der Haut dieses Bezirkes mit Nadelspitze und Nadelkopf, die ich vorgenommen habe, zeigten sich keine deutlichen Abweichungen von der Norm; vielleicht, dass eine geringe Hyperästhesie vorlag.

Was die Pathogenese dieses hier so scharf ausgeprägten Symptoms anlangt, so kann ich aus Zeitmangel nur andeutungsweise auf dieselbe eingehen. Um eine Head'sche Schmerzzone handelt es sich ja nicht, da die Druckempfindlichkeit, wie ich Ihnen zeigte, nicht in der Haut sitzt. Es wäre indessen an die Möglichkeit zu denken, dass es sich um ein Analogon einer Head'schen Schmerzzone handeln könnte, dass nämlich der Schmerz nicht, wie bei den Head'schen Schmerzzonen, in die Haut, sondern in die oberflächlichen Gewebe unter der Haut reflectiert würde. Immerhin erscheint das unwahrscheinlich. Dass es sich hier etwa um einen Schmerz durch direkten Druck auf die Pleura handelt, glaube ich nicht, denn erstens war der Druck, den ich in den Intercostalraum hinein ausübte, sehr gering, zweitens aber sind ja auch die Rippen selbst sehr druckempfindlich, und bei Druck auf die Rippe kann die Pleura unmöglich direkt getroffen werden. Um eine Peripleuritis ferner handelt es sich ja nicht, und direktes Uebergreifen der Entzündung auf die Intercostalmuskeln ist unwahrscheinlich, denn warum sollte dann der Druck auf die Rippen so schmerzhaft sein? Ferner fehlt ja auch jegliche oedematöse oder teigige Schwellung. Und so werden wir wohl am ehesten zu denken haben an ein Uebergreifen des Krankheitsprocesses von der erkrankten Pleura auf Zweige mehrerer Intercostalnerven, nicht der Stämme selbst. Wären die Stämme selbst betroffen, so wäre es nicht verständlich, warum sich Druckschmerz und Spontanschmerz nur in der beschriebenen begrenzten Partie finden sollten, während das verständlich wird, wenn wir annehmen, dass mehrere Zweige, nicht dagegen die Stämme selbst betroffen sind.

ad P. I. der Tagesordnung.—Dr. Voss stellt einen Kranken vor, den er am 28. II. c. operiert hat. Die Wunde sei heute verheilt. Das Interesse des Falles liege jedoch an der Diagnose. Während einer Recurrensinfection sei Patient mit linksseitigen Ohrerscheinungen erkrankt. Unter starken Kopfschmerzen und täglichen Schüttelfrösten wäre eine starke Schwellung des linksseitigen Gehörgangs zu constatieren gewesen; das Trommelfell nicht sichtbar. Die Blutuntersuchung auf Spirillen hätte ein negatives Resultat ergeben. Auf Grund des vorliegenden Krankheitsbildes sei zur Operation geschritten worden; der Sinus lagerte soweit vor, dass zur Erreichung des Antrums die Radicaloperation nötig gewesen wäre, welche dem Patienten vielleicht das Gehör auch auf diesem Ohre verdorben hätte (das rechte hörte schon seit 30 Jahren nicht), daher Tamponade und abwartendes Ver-

halten; auf Eiter sei man nicht gestossen. Am Abend desselben Tages wird eine Pneumonie im mittleren Lappen manifest. Letztere klingt ab, doch tritt eine weitere Infiltration der Lunge in d. r. Fossa supraspinata auf, die eine sehr schwere Reconvalescenz zur Folge hat. Redner wirft nun die Frage auf, ob die Otitis das Symptomenbild ausgelöst hat. Die Frage müsse unbedingt verneint werden. Der Sinus sei eben vollständig gesund befunden worden, das spreche dagegen.

Von früheren Epidemien sei ihm bekannt, dass Pneumonien häufige Begleiter der Recurrens wären. Trotz des negativen Spirillenbefundes sei also Redner doch der Meinung, dass es sich um Recurrens gehandelt habe, zumal in der Dissertation von Huff darauf hingewiesen werde, dass in einem gewissen Prozentsatz von Fällen Spirillen nicht gefunden werden. Die Tatsache könne nicht weggeleugnet werden, dass im vorliegenden Falle unnütz operiert worden sei. Zum Schlusse macht Redner darauf aufmerksam, dass in diesem Jahre, wo wir abermals eine grössere Recurrensepidemie hätten, nebenbei aber auch Pneumonien, Influenza und Malaria an der Tagesordnung wären, es leicht vorkommen könne, dass ein Fieberabfall auf den operativen Eingriff zurückgeführt wird, während er tatsächlich doch mit der Infectiouskrankheit im Zusammenhang steht.

Discussion:

Dr. v. z. Mühlen erörtert seinen Standpunkt in der vorliegenden Frage. Es käme gelegentlich vor, dass gewisse Symptomenbilder eine Ohrerkrankung vertäuschten, wo streng genommen ein operativer Eingriff nicht gerechtfertigt wäre. Trotzdem trete Redner für die Berechtigung ein, gegebenen Falles das Antrum freilegen zu dürfen. Die Gefahr schwerer Complicationen von seiten des nicht operierten Sinus stehe in keinem Verhältnis zu dem relativ leichten Eingriff. Durch letzteren schade man dem Patienten weniger als durch das Risiko, die schwersten Krankheitsbilder heraufzubeschwören, die durch zu langes Warten bedingt wären. Gegebenen Falles würde Redner das Antrum ohne Weiteres eröffnen, wenn das Krankheitsbild sich sonst nicht klären liesse.

Dr. Kranzhals weist darauf hin, dass er unter den 3—400 Fällen von Recurrens, die er im Krankenhause beobachtet, keinen einzigen erlebt, wo bei typischer Curve Spirillen vermisst würden. Dieses könne er mit Sicherheit behaupten.

Dr. Hampeln schliesst sich dem an; zur Diagnose des Typhus recurrens gehöre der Nachweis von Spirillen.

Dr. Voss erwähnt nochmals die entsprechenden Arbeiten, die eine von Huff, in denen davon die Rede ist, dass in 30 resp. in 13 pCt. der Fälle von Recurrens Spirillen nicht gefunden wurden. Zum Schlusse seiner Arbeit behaupte Huff allerdings, sie in 150 Fällen gefunden zu haben. Auch von

der letzten Epidemie könne Redner eines einschlägigen Falles Erwähnung tun, wo die Spirillen erst beim folgenden Anfall gefunden wurden. Redner betont weiter die Übung und Erfahrung beim Suchen und Finden der Spirillen und erwidert zum Schlusse Dr. v. z. Mühlens, dass die Frage bezüglich des operativen Eingriffs schwerwiegender formuliert werden müsse. Es handele sich nicht nur darum, ob man das Antrum freilegen solle oder nicht, sondern vielmehr darum, ob man weiter gehen solle oder nicht. Hierin liege die Schwierigkeit. Das Freilegen des Antrum bedinge keine Gefahr für den Patienten, während man bei tieferem Eingehen auf das Cerebrum doch wohl von Gefahr reden müsse.

ad. P. 2 der Tagesordnung.

Dr. v. Engelhardt demonstriert das anatomische Präparat eines Falles von Herzruptur. Das Seltene des Falles bestehe darin, dass an der Hand des klinischen Symptomenbildes unter Zugrundlegung des anatomischen Präparats angenommen werden könne, dass Patient noch viele Stunden nach dem Eintritt der Ruptur gelebt hat. Es hatte Gerinnung und Verschluss der Rupturstelle stattgefunden. Redner erörtert weiter die complicierenden abdominalen Erscheinungen, die zu diagnostischen und therapeutischen Fehlgriffen Veranlassung geben können und giebt kurze Hinweise auf die Literatur. So seien von Hampeln unter 2000 Herzkranken 5 Fälle von Herzruptur beobachtet worden, dazu 2 in der Privatpraxis — im Ganzen also 7 Fälle. — Die ausführliche Publication des Falles erfolgt in der St. Pet. Med. W.

In der Discussion bemerkt Dr. Hampeln, dass er 3, nicht 7 Fälle von Herzruptur beobachtet und beschrieben hat. Seiner Ansicht nach haben die Herzrupturen in der deutschen Literatur bisher eine stiefmütterliche Behandlung erfahren. Sie gelten zum Teil als blosse Curiosität. Allerdings sei auch die Ruptur ein seltenes Ereignis, das rechtfertigt aber nicht ihre kurze Abfertigung, die man höchstens dann gelten lassen könnte, falls es sich bei der Ruptur stets um einen plötzlichen und tödlichen Vorgang handelte. Das sei aber nicht der Fall. Die Sache kann sich erstens Tage lang hinziehen und stellt damit an das diagnostische Können die gewöhnlichen Anforderungen, und sodann muss nach chirurgischen Erfahrungen auch die Möglichkeit der Rupturheilung zugegeben werden. Somit gehöre auch die Herzruptur zu den wichtigen, genau zu nehmenden klinischen Vorgängen. Diagnostisch Ausschlag gebend sollte in diesen Fällen eigentlich der percutorische Localbefund, die Beobachtung des Ergusses ins Pericard sein. Doch fehle es gerade noch dieser Seite an sicheren Befunden, sodass einstweilen die subjectiven Beschwerden und allgemeinen Krankheitserscheinungen noch immer die Diagnose entscheiden. So auch in diesem Falle, in dem, wie nicht so selten, die Gefahr der Verwechslung mit schwerer Abdominalerkrankung als Ursache der

Krankheitserscheinungen vorlag. Nach Ausschluss abdominalen Erkrankungen käme bei dem angegebenen eigenartigen Symptomencomplex ausser einer Ruptur, und zwar sowohl des Herzens als der Aorta noch Herziinfarkt und das Aneurysma dissecans in Betracht, von denen die Ruptur zu unterscheiden, einstweilen wenigstens, unmöglich erscheint. Das Bild kann in dem einen wie im anderen Falle genau das gleiche sein. Therapeutisch sei er für Anwendung des Morphiums und gegen die Excitantien.

Dr. v. Bergmann betont die schwierige Lage des Chirurgen, ob er in dergestalt verlaufenden Fällen zur Operation schreiten solle oder nicht. Er halte es für tunlich, die Indication zum operativen Eingriff eng zu umgrenzen und nur da zu operieren, wo palpatorisch nachweisbar ein Organ erkrankt sei resp. eine gesteiifte Darmschlinge im Vordergrunde des Symptomencomplexes stehe. Dann müsse unbedingt eingegriffen werden. Liege kein palpabler Grund vor, dann solle man sich von der Operation fern halten. Der Meteorismus als solcher bilde keine Indication. Er könne sowohl durch Erkrankungen des Mesenteriums als auch durch Affectionen anderer Organe, oberhalb und unterhalb des Diaphragmas gelegen, ausgelöst werden. Eine Ausnahmestellung nehme in der Frage des chirurgischen Eingriffs das Pancreas ein. Doch hier müssten die Symptome sich zuspitzen, das Krankheitsbild eindeutiger werden, um den Eingriff zu rechtfertigen. Der reflectorische Meteorismus sei ein allgemeiner, doch vorherrschend wiederum d. Colon transversum gebläht im Gegensatz zum Colon descendens. Bei der versteckten Lage der Flexura coli sei in solchen Fällen das Ausschliessen eines Carcinoms sehr schwierig. Man könne durch plötzlich auftretende Occlusionerscheinungen überrascht werden. Doch trotz der letzteren Erwägungen sei vom Standpuncte der Chirurgen die Steifung des Darmes zu fordern. Erst das letztere Symptom entscheide endgiltig die Frage zu Gunsten der Operation.

Dr. C. Stender.
II. Secretär.

Sitzung am 7. Mai 1908.

Anwesend 53 Mitglieder und als Gast Herr Dr. Biehler.
ad. p. 1 der Tagesordnung. Das Protocoll der beiden letzten Sitzungen wird verlesen und angenommen.

ad. p. 2. Dr. Eliasberg referiert über einige Fälle von Lues, die einen atypischen Verlauf aufwiesen.

Dr. Eliasberg: Erstens wollte ich über einen Fall referieren, der meines Wissens einzig dasteht.

Z. Seb. 20 u. n., zeigte sich mir am 15/X. 1907: *plena primarius ad glandom, scleradenitis universalis, exanthema maculosum, angina specifica.*

Vom 15./X.—27./X. sieben Injectionen einer 1½% Hydrargyr. cyanat.-Lösung 1.25 Ctm.³ Das Exanthem schwand. Pat. verheilte. Stellte sich am 10./XI. 1907 wieder vor mit einem sehr ausgebreiteten grossmaculösen Exanthem über den ganzen Körper (Arme und Beine auch befallen), angina specif. und ziehenden Schmerzen in den langen Knochen. Vom 16./XI.—9./XII. 1907 weitere 12 Injectionen von Hydrargyrum cyanat. Völliger Schwund des Exanthems. Pat. unterbricht die Kur wieder und verheilt auf 3 Wochen. Am 30./XII. 1907 stellte er sich mir wieder vor mit einem sehr ausgebreiteten Exanthem, wobei diesmal mehr Abdomen und Rücken befallen sind. Pat. bekommt 20 Injectionen à 4.0 vom 2./I.—25./I. 1908. Schwund des Exanthems.

Am 15./IV. stellt er sich wieder vor mit einem circinär angeordneten maculösen Exanthem über Brust, Rücken und oberen Extremitäten. Jetzt ist das Exanthem nahezu geschwunden nach 15 Einreibungen. Also vier Exantheme luetischen Ursprungs im Verlaufe von 6 Monaten nach der Manifestation der Lues, wobei jedes Mal das Exanthem ein anderes war, auch etwas anders localisiert und mit Angina specifica und Schmerzen in den langen Knochen.

Zweitens wollte ich Ihnen referieren über einige Fälle, wo das Ulcus 3—4 Wochen nach der C. C. aufgetreten ist (so weit man sich auf die Aussagen der Pat. verlassen kann), 2—3 Wochen nach dem Auftreten des Ulcus primarius sich Scleradenitis inguinalis zeigte, — und ganz kurz vor dem Auftreten des Exanthems plötzlich ohne nachweisbaren Grund Vereiterung des Babo einerseits auftrat. In drei Fällen musste ich incidieren (nach Lang). Es entleerte sich ganz flüssiger, bräunlich-gelber Eiter. Die Heilung ging sehr schnell vor sich (in 6—8 Tagen), und das Exanthem trat dann auf. Also Vereiterung der Bubonen beim Ulcus durum. Wie gesagt, trat das Ulcus erst in der 3. resp. 4. Woche auf, so dass ein Ulcus molle ausgeschlossen zu sein scheint, wenn die Angaben des Patienten richtig sind. Unter diesen Fällen findet sich auch ein 4-monatlicher Knabe, der das Ulcus prämaurium an der Circumcisionsstelle zeigte. (Infektion durch den Beschneider). Bei diesem Knaben waren beiderseits die Inguinaldrüsen vereitert. Dieser zeigte ausserdem ein pustulöses Syphilid am Thorax. Der Knabe wurde von mir ins Kinderhospital geschickt, woselbst er auch seiner Krankheit erlag.

Drittens wollte ich noch auf einen Fall kurz hinweisen, wo ein Patient, der seine Lues vor 6 Jahren aquiriert hat, vor 6 Monaten ein sehr stark pigmentiertes Syphilid an der Brust aufwies (Schwund desselben nach Inunctionen). Jetzt ein ganz circumscriptes siebenartiges Syphilid aufwies an der-

selben Stelle, wo er das pigm. Syphilid vor sechs Monaten hatte. Auffällig ist das heftige Jucken der afficierten Stellen. Nur langsam ging das Syphilid zurück. (Inj. von Hg. Oyanat.)

(Autoreferat.)

In der Discussion erwähnt Dr. Voss, dass die Infection bei der rituellen Beschneidung allgemeine Aufmerksamkeit verdiene. Es müssten Mittel und Wege ausfindig gemacht werden, um eine solche zu vermeiden. Letztere käme im wesentlichen durch zwei Momente zu Stande: 1) durch die Art und Weise der Blutstillung, das Aussaugen der Wunde und 2) durch die Berührung der Wunde mit den Fingern. Ein ulcus molle könne in dem von Dr. Eliasberg referierten Falle nicht ausgeschlossen werden, da die Infection durch die erwähnten Manipulationen erfolgt sein könne. Es sei Redner unbekannt, ob heute bei der Circumcision Methoden gehandhabt würden, die eine eventuelle Infection auszuschliessen geeignet wären.

Bezüglich der Literatur erwähnt Dr. Hampeln, dass die vorliegende Frage eine eingehende Bearbeitung durch Dr. Leemann in Bjeschiza erfahren habe. Die Arbeit ist in der Deutschen Med. Wochenschrift erschienen.

Dr. Hirschberg hatte den Eindruck, dass in dem von den Vorrednern besprochenen Falle hereditäre Verhältnisse eine Rolle gespielt. Dafür spreche auch der desolate Zustand, in dem das Kind sich befunden. Die Möglichkeit sei nicht von der Hand zu weisen, dass auf der Basis einer hereditären Lues eine weitere Infection mit sept. Erregern stattgefunden. Das Krankheitsbild brauche nicht ohne Weiteres mit den Erregern des ulcus molle in Zusammenhang gebracht zu werden. Auch der Umstand, dass das Kind gestorben sei, mache eine sept. Infection wahrscheinlich.

Dr. Schönfeld weist darauf hin, dass die relative Sauberkeit, die heute bei der rituellen Beschneidung gehandhabt wird, den jahrzehntelangen Bemühungen Dr. Dembos zu verdanken sei. Eine durchgreifende Wendung zum Bessern sei trotzdem nur in solchen Ländern zu constatieren, wo culturelle Voraussetzungen eine Reform bedingen konnten. In uncultivierten Landstrichen sei die Infection nahezu ebenso häufig wie früher. In Petersburg und Moskau dagegen, wo nur jüngeren Kräften mit einem gewissen Bildungsgrad die Ausführung des Eingriffs gestattet wird, sei die Infection sehr selten. Es sei der Lebensarbeit und den statistischen Daten Dr. Dembos zu verdanken, die Angelegenheit auf eine erträgliche Basis gestellt zu haben.

Dr. Eliasberg bemerkt in seinem Schlusswort, dass der Fall, der von der rituellen Infection handelt, niemals Fiebererscheinungen habe beobachten lassen. Auch im Krankenhause sei solches nicht vorhanden gewesen. Weiter habe die Section an den Organen keine Veränderungen septischer Natur bemerken lassen. Infolgedessen läge kein Grund zur

Annahme vor, dass das pustulöse Exanthem verkannt und mit einem septischen verwechselt sein könnte. Gegen eine hereditäre Lues spreche deutlich das initiale ulcus und die übrigen Zeichen einer erworbenen Lues.

ad. P.3. Dr. v. Bergmann erörtert die traumatische und spontane Entstehung von Aneurysmen der Art. glut. und weist auf die grossen diagnostischen Schwierigkeiten hin, die durch die tiefe Lage bedingt, zu Verwechselung mit Abscessen, Tumoren (Sarcome), welche gleichfalls Pulsation zeigen können, Veranlassung geben. Diagnostische Irrtümer seien infolgedessen häufig vorgekommen. Weiter sei die schlechte Prognose der erwähnten Aneurysmen bekannt, indem 50 pCt. ad exitum kämen. In den Handbüchern werde die Prognose heute besser, ca. 40 pCt. mit letalem Ausgang, angegeben. Allerdings spiele hierbei die Unterbindung der Art. hypog. eine Rolle.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen demonstriert Redner einen Mann von 31 Jahren, der im Juli 1906, durch Messerstiche in die Glutaealgegend verletzt, ins Stadtkrankenhaus aufgenommen wurde. Die Blutung sei eine massige gewesen, infolge des Haematoms Schmerzen, doch keine Anzeichen eines Aneurysma. Die Schmerzen, welche in das Gebiet des n. ischiadicus ausgestrahlt wären, seien mit dem Kleinerwerden des Haematoms geschwunden. Patient wurde entlassen und hat dann vom August 1906 bis zum October 1907 gearbeitet. Von nun ab konnte ein Grösserwerden des Tumors, ein Wachsen desselben und dementsprechend auch eine Zunahme der subjectiven Beschwerden constatirt werden. Die Frage war nun, ob es sich im vorliegenden Falle um ein Aneurysma oder um ein schnell wachsendes Sarcom handelte? Im Laufe des December 1907 überstand Patient einen Recurrenz und wurde im Januar 1908 auf die chirurgische Abteilung transferirt. Hier konnte ein recht herabgekommener Zustand des Kranken constatirt werden. Es bestanden Schmerzen, die Morphiumgaben veranlassten. Der Tumor nahm die ganze Glutaealregion ein, es bestand Pulsation und Schwirren, welches letzteres Symptom gleichfalls bei Sarcomen beobachtet worden ist. — Die Durchleuchtung brachte keinen Aufschluss in differential-diagnostischer Beziehung. Es musste die Möglichkeit offen gelassen werden, dass der Tumor, wenn auch nicht vom Knochen selbst, so doch vom Periost seinen Ausgang genommen. Die Punction ergab anfangs ein negatives Resultat. Bei Gelegenheit einer Wiederholung derselben jedoch spritzte arterielles Blut im Strahl heraus. — Also Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Aneurysma.

Die Operation besteht 1) in der Unterbindung der Hypogastrica, wobei der extraperitoneale Weg dem abdominalen, weit gefährlicheren Wege vorzuziehen ist, und 2) in dem Schnitte, welcher das Aneurysma direct auflost. Letzterer

wird in den Lehrbüchern zu klein angegeben, sodass sich Redner zu einem grösseren Schnitt parallel dem Darmbeinkamm mit folgendem Herabklappen des Weichteillappens veranlasst sah. Nach Unterbindung der Hypogastrica abermalige Punction des Aneurysma, die jetzt Serum ergab. 20 Minuten hatten genügt, um eine Gerinnung des Blutes im Aneurysmasack herbeizuführen. Redner betont zum Schlusse, dass die Unterbindung der Hypogastrica allein keinen ausschlaggebenden Erfolg habe, da sich durch Nebenäste schnell die Circulation wiederherstelle.

Discussion:

Dr. Bornhaupt plaidiert gleichfalls für die von Dr. v. Bergmann angegebene Schnittführung. Im Kriege hätte Redner ca. 20 Aneurysmen, darunter solche d. Art. femor. operiert und betont die Wichtigkeit des Umstandes, dass das Aneurysma durch den Schnitt freigelegt werde. Um intensive Nachblutungen zu vermeiden, müssten nicht nur die grossen central und peripher gelegenen Gefässe, sondern auch sämtliche Nebenäste unterbunden werden. Demnach hänge die Prognose der Operation von der Grösse des Schnittes ab; erst dadurch werde eine klare, übersichtliche Situation geschaffen.

Dr. von Bergmann recapituliert kurz und betont, dass es in manchen Fällen, jedenfalls beim Bestehen kleinerer Aneurysmen, genügend sei, die Hypogastrica temporär mit einer Schlinge zu versehen. In solchen Fällen reiche die Ligatur an Ort und Stelle aus.

ad. p. 4 der Tagesordnung: Dr. Bornhaupt demonstriert das anatomische Präparat eines Falles von Pancreas necrose.

M. H. Gestatten Sie mir, Ihnen hier über einen Fall zu referieren, den ich in der vorigen Woche zu beobachten Gelegenheit gehabt habe. Es handelt sich um einen 49 jährigen, sehr kräftigen, mit reichlichem Fettpolster ausgestatteten Patienten, einen Engländer, der am 27. April 1908 aus London nach Riga angereist gekommen war, am 28. April Mittags um 2 Uhr plötzlich erkrankte und in 2 mal 24 Stunden zu Grunde gegangen ist. Bei der Autopsie erwies es sich, dass eine acute Pancreasnecrose vorgelegen hatte. Der Pat. ist mit Schmerzen im Epigastrium nach dem Essen erkrankt, fühlte sich im Verlauf von ein Paar Stunden so unwohl, dass er sich zu Bett begeben musste. Es sind 2 Aerzte bei ihm gewesen, die eine Darmverschlingung bei ihm vermutet haben sollen. Am 29. April 1908 gegen 3 Uhr Mittags wurde ich zum Pat. consultiert und fand bereits einen vollständig verfallenen Mann mit einem unregelmässigen, ungleichmässigen, kleinen Puls von 132—140 vor. Halo unter den Augen, graue Gesichtsfarbe, trockene, belegte Zunge, leichte Cyanose, beschleunigte, unregelmässige Atmung, dabei ein diffus hoch aufgetriebenes Epigastrium, sehr druckempfindliches Abdomen wurden von mir als Symptom einer allgemeinen Peritonitis

angesehen. Die Quelle dieser Peritonitis musste im Bereich des Epigastriums gewesen sein, da vom Pat. jedesmal die Schmerzen nur im Epigastrium angegeben wurden. Auch die Druckempfindlichkeit war in den unteren Partien des Abdomens und auch in der Ileo-coecalgegend viel geringer als im Epigastrium. Mehr konnte man bei der hohen Auftreibung in der Bauchhöhle nicht constatieren. Am 29. April gegen 5 Uhr Abends wurde der Pat. ins Diaconissenhaus gebracht. Trotz Kochsalzinfusionen und mehrfacher Campher-injectionen gelang es uns nicht, den Puls zu heben, im Gegenteil der Pat. verfiel zusehends, so dass wir von der Operation Abstand nehmen mussten. Am 30. April 1908 um 1 $\frac{1}{2}$ Uhr Nachmittags, also gerade 2 mal 24 Stunden nach der Erkrankung trat der Exitus letalis ein. Pat. hatte mir angegeben, dass er früher dazwischen leichte Schmerzen im Epigastrium verspürt hätte, die seien aber nie derartig gewesen, dass er sich veranlasst gesehen hätte, einen Arzt deswegen zu consultieren. Im Juli 1907 trat ein ähnlicher Anfall, wie dieses Mal auf, der circa 3 Tage dauerte und wieder von selbst vorübergegangen war. Sonst ist der Pat. immer gesund und kein starker Raucher oder Trinker gewesen. Dieses Mal hatten sich im Beginn der Erkrankung Uebelkeit und Erbrechen eingestellt; jedoch schwanden diese Erscheinungen später, und der Pat. hatte im Diaconissenhause gleich nach seiner Ankunft 3 Mal Stuhl gehabt, was gegen einen Darmverschluss sprach.

Bei der Autopsie fanden wir ausgedehnte Fettgewebsnecrosen am grossen und kleinen Netz, am Mesocolon, an der Radix Mesenterii und namentlich in der Bursa omentalis. In der freien Bauchhöhle befand sich leicht getrübbes haemorrhagisch-seröses Exsudat, namentlich in der Ileo-coecalgegend, im kleinen Becken. Appendix normal. Die Fettgewebsnecrosen am Netz kann ich Ihnen hier demonstrieren. Die Leber war ganz hell-gelb verfärbt, fettig degeneriert. Die Gallenblase ist ganz verändert, mit der Umgebung fest verbunden, mit einer Menge von Steinen ausgefüllt. Die Wänden der Gallenblase sind schwartig verdickt. Die Milz war vergrössert, vollständig schlaff und das Parenchym erweicht, dunkelrot verfärbt, trübe, zum Teil verflüssigt. Die ganze Umgebung des beträchtlich vergrösserten und vollständig harten Pancreas war mit einer serös-haemorrhagischen Flüssigkeit diffus imbibiert und daher vollständig im Zerfall begriffen. Das das Pancreas umgebende Fett mit ausgedehnten weissen, zum Teil schon schwarz verfärbten, necrotischen Flecken behaftet. Das Pancreas selbst, das Sie hier sehen, ist beträchtlich verdickt und zeigte auf dem Durchschnitt die bekannte marmorierte Zeichnung, enthielt in seiner ganzen Ausdehnung überall zerstreute weisse Necrosen, das Parenchym war diffus gerötet. Im Pancreaskopf sehen Sie den aufgeschnittenen Ductus choledochus, der an dieser Stelle

spindelförmig erweitert ist und bei der Section eine vollständig getrübbte Galle enthielt, was seinen Wänden zum Theil auch jetzt noch anzusehen ist. In seinem Verlauf zur Papilla Vateri hin wird er, wie Sie sehen, ganz eng, blass und narbig, so dass ich mit einer dünnen Sonde hier nur mit Mühe habe das Lumen passieren können. Dieser Befund ist insofern wichtig, als bei einem Theil (nach Truhart 16,5 pCt.) der Fälle die Gallensteine in der Erkrankung der Bauchspeicheldrüse eine wichtige Rolle spielen. Ist die Papilla Vateri verstopft, der Ductus choledochus stark dilatirt, so kann die Galle und, wenn sie inficirt ist, so mit ihr auch die Infection durch den Ductus pancreaticus in die Bauchspeicheldrüse gelangen und auf diese Weise die acute Pancreatitis zustande bringen. Dass hier auch eine infectiöse Pancreatitis vorlag, beweist uns die Temperatur, die bei der Aufnahme ins Diakonissenhaus bis 39,4° gestiegen war. Ausserdem spricht die septische Milz für einen infectiösen Process. Jedoch braucht die acute Pancreasnecrose nicht immer durch eine Infection bedingt zu sein; nach Truhart sind 223 Fälle bacteriologisch untersucht worden, und nur 34 Mal hat man Bacterien in der Drüse gefunden. Also es muss in einer grossen Anzahl der Fälle von acuter Pancreatitis eine andere Ursache der Entstehung, als Infection und Gallensteine geben. Und tatsächlich habe ich in den 3 Fällen, von denen ich Ihnen früher berichtet hatte, keine Gallensteine finden können, und die Temperatur war in den ersten von mir behandelten 3 Fällen nicht erhöht. Welche ätiologischen Momente sonst noch bei dieser Erkrankung in Betracht zu ziehen sind, steht heutzutage wissenschaftlich noch nicht fest. In Bezug auf den Verlauf der Krankheit ist es wichtig, hervorzuheben, dass Guleke experimentell an Hunden folgendes beobachtet hat: ist mehr als die Hälfte der Bauchspeicheldrüse erkrankt, so erfolgt der Tod des Thieres; auch sei der Grad der secretorischen Tätigkeit des Pankreas im Moment der Erkrankung von grosser Bedeutung. Erkrankt die Drüse im Moment der höchsten secretorischen Tätigkeit, so erfolgt eine viel raschere Vergiftung des Organismus. In den Fällen, die ich an Menschen beobachtet habe, habe ich 3 Mal eine diffuse Necrose des Pankreas gefunden, und diese 3 Patienten sind gestorben. 1 Mal handelte es sich um eine Entzündung im Pankreaskopf, der Schwanz war vollständig zart und gesund. In diesem Fall ist die Frau durch die Operation, die am ersten Tage der Erkrankung von mir ausgeführt worden war, gesund geworden.

In Anbetracht des rapiden Verlaufs und der Gefahr infolge einer diffusen Beteiligung der Bauchspeicheldrüse ist es wichtig, dass solche Fälle, wenn irgend möglich, gleich am ersten Tage der Erkrankung diagnosticirt und operirt werden. Nur im Falle einer frühzeitigen Operation ist eine Rettung möglich. Die sehr interessante Frage, ob die acute

Pancreatitis immer erst nur einen Teil der Drüse befällt, um dann sich rapid auf das ganze Organ auszubreiten, oder ob es auch Fälle giebt, wo von vorne herein das ganze Pankreas diffus erkrankt ist, muss heutzutage noch offen gelassen werden.

Für die Praxis ist es wichtig, zu wissen, dass der Tod des Patienten als eine Folge der Vergiftung durch das aus dem Pankreas ausgetretene Pancreassecret zu betrachten ist, natürlich gesellt sich in einzelnen Fällen die Allgemeininfektion und die Peritonitis dazu. Guleke hat aber experimentell nachgewiesen, dass das Secret einer gesunden Bauchspeicheldrüse den Tod eines Hundes verursachen kann, wenn es in genügender Menge vom Organismus aufgesogen wird. Auch Trypsin (Grübler) hat nach seiner Beobachtung dieselbe Wirkung, und er hat Hunde mit Trypsin immunisiert. Solche Tiere vertrugen eine Dosis von Pancreassecret ganz gut, an welcher die nicht immunisierten starben.

Jedenfalls muss heutzutage die Tatsache als feststehend betrachtet werden, dass die Todesursache im Falle einer acuten Pankreasnecrose darin zu suchen ist, dass der menschliche Organismus das aus der Drüse ausgetretene Secret aufsaugt und dadurch vergiftet wird. Von der Ausdehnung des Processes in der Drüse selbst und von der Menge des vom Organismus aufgesogenen Pancreassecrets hängt also die Prognose in jedem einzelnen Falle ab.

Discussion:

Dr. P. Klemm bemerkt, dass die vorgetragenen Fälle unter die Diagnose acute Pankreasnecrose zu rubricieren sind. Es gebe jedoch auch Fälle von Pankreasnecrose, die einen chronischen Verlauf nehmen, die zum Unterschiede von der erstenannten nicht so stürmisch verlaufen, ja zeitweise einen Rückgang der Erscheinungen aufweisen können. Redner referiert über einen 51-jährigen Patienten mit starkem populeus, der früher stets gesund gewesen zu sein angiebt. Die Erkrankung trat plötzlich unter heftigen Schmerzen im Epigastrium, Stuhlverhaltung und Erbrechen auf, doch habe sich bald ein Nachlassen der Erscheinungen constatieren lassen. Die Temperatur sei leicht erhöht gewesen. Nach Verlauf von 2 Wochen habe Bedner folgenden status aufnehmen können. Temperatur unter 38.2, Leib aufgetrieben, infolge des energischen Widerstandes der Musculatur schwer zu palpieren. In der Gegend zwischen Nabel und Rippenrand eine empfindliche Resistenz. Die Beziehungen derselben zur Leber nicht absolut klar, doch wenig wahrscheinlich; die Abhängigkeit der Resistenz von der Milz konnte ausgeschlossen werden. Urin frei. Bei Eröffnung des Abdomens sei Redner in eine Höhle gelangt, aus der zerfetzte Massen hervordrangen. Der Herd konnte mit ziemlicher Sicherheit trotz der bestehenden Verwachsungen in die Gegend des Pankreas verlegt werden. Trotzdem die necrotischen Fetzen

nicht mikroskopiert worden sind, glaubt Redner doch dieselben mit einer vom Pankreas ausgehenden chronischen Necrose in Zusammenhang bringen zu können. Die ganze Configuration des Krankheitsbildes sowohl als auch die Lage des Herdes spreche gleichfalls für diese Annahme.

Dr. Bornhaupt. Fälle, wo eine partielle Pankreasnecrose in ihrer weiteren Entwicklung zu einem Abscess, also zur Vereiterung geführt hatte, und wo dann bei Eröffnung dieses Abscesses mit dem Eiter Pankreassequester sich abgestossen hatten, sind in der Literatur mehrfach beschrieben worden (Körte, Bretano etc.). Auf Grund solcher Beobachtungen sah sich anfangs Körte sogar veranlasst, für eine abwartende Therapie bei einer acuten Pancreatitis einzutreten; man sollte erst dann operieren, wenn eine eircumscribte Eiterung nachzuweisen sei. Diesen Standpunct hat Körte jetzt jedoch zu Gunsten einer frühzeitigen Operation aufgegeben, weil eben der rapide Verlauf einer acuten Pancreatitis der häufigere ist. Ich habe selbst einen Fall von einer chronisch verlaufenden, zur Eiterung führenden Pancreatitis nicht gesehen und weiss daher nicht, ob im Beginn der Erkrankung ein Unterschied in den klinischen Bildern besteht. An einer grösseren Reihe von Beobachtungen liesse sich aber doch vielleicht ein Unterschied in den Erscheinungen constatieren, um in Bezug auf die Therapie die Fälle dann dementsprechend individualisieren zu können.

ad. p. 5 der Tagesordnung. Dr. Voss hält seinen angekündigten Vortrag über das Thema: «Muss bei Sinusthrombose das Foramen jugulare eröffnet werden?»

Nach einer historischen Einleitung, in welcher Voss die Verdienste der englischen Chirurgen, speciell Lanes, um die operative Behandlung der Sinusthrombose hervorhebt, demonstriert er an der Hand einer Zeichnung ein Verfahren, den Bulbus venae jugularis und den oberen Teil der Vene, von einem Schnitte aus ohne Eröffnung des Foramen jugulare freizulegen.

Dr. von Sengbusch,
d. Z. Sekretär.

Sitzung am 21. Mai 1908.

Anwesend 38 Mitglieder.

Das Protocoll der Sitzung vom 7. Mai 1908 wird verlesen und angenommen.

Punct I. Dr. von Krüdener demonstriert das Präparat eines enucleirten Auges, das bei einer Pulverexplosion zu Grunde gegangen war und in dessen durchschnittenem Bul-

bus sich ein Papierpfropf befindet, der deutlich lesbare Druckbuchstaben enthält.

II. Dr. von Krüdener über Trachomparasiten.

Ueber Zell-Parasiten bei Trachom. — Anschliessend an die Arbeiten von Prowazek, Greef, Frosch, Clausen (1907, 1908) und seine eigenen aus dem Jahre 1895, bespricht Votr. die Resultate neuerer Untersuchungen bei Trachom. Die Epithelien der normalen und acut entzündeten Conjunctiva zeigen nach Giemsa gefärbt keine Klügelungen; das Protoplasma erscheint gleichmässig hellblau, der Kern rosa und die Kernkörperchen blau. Bei Trachom treten in dem Protoplasma gerne hart am Kerne, bisweilen von diesem getrennt, dunkle, blaue, zum Teil scharf begrenzte, zum Teil jedoch völlig ungleichmässig konturierte Gebilde auf, welche an der einen Seite leicht abgeplattet sind. Die tiefblaue Körnung, hin und wieder durch strichförmige Verbindungen geädert, erstreckt sich gelegentlich über das ganze Protoplasma, die Hülle des Zellkernes, welche dem blauen Gebilde zugewandt ist, erscheint bei einzelnen Zellen unterbrochen, und garbenförmig verläuft sich der Kern hier in dem Protoplasma; in letzterem beginnt jetzt die rote Farbe vorzuherrschen, und wir sehen das Auftreten der von v. Prowazek beschriebenen roten bis rot-violetten Kleingebilde. An der Peripherie der Zelle erscheinen nun weitere blaue, gekörnte Gebilde, aber von mehr runder Form in grösserer Zahl. Viele Zellen verlieren vollkommen ihr Protoplasma; der Kern liegt frei, und an einem seiner ovalen Enden hängt dann ein rundes bläuliches Gebilde, welches den Eindruck eines Schleimconglomerates mit froschlaichähnlicher Körnung macht. Die roten Kleingebilde sollen nach Prowazek die Träger des Virus bei Trachom sein. Ein gesunder Skepticismus wird hier wie überall am Platze sein, wir werden uns aber andererseits willig weiterer Erkenntnis zuwenden. Vortragender demonstriert eine Reihe von Präparaten mit Conglomerat- und Kleingebilden.

Discussion:

Dr. Brutzer erkundigt sich nach der Färbbarkeit des Mantels der Parasiten und ob sie säurefest seien.

Dr. v. Krüdener: Ueber die Färbbarkeit des Mantels der Parasiten lässt sich bis jetzt wenig Sicheres sagen. Am besten sichtbar gemacht werden sie durch Giemsa-Färbung 6 bis 10 Stunden. Sie sind Gram-negativ; Greef, Frosch, Clausen haben ihre Trachom-Cocci auch bei Färbung mit Fuchsin und Löfflerblau sehen können. Die Chlamydozoen, welche (cf. Prowazek) die Ursache verschiedener Krankheiten bilden sollen, wie Scharlach, Pocken, Tollwut, sind zum Teil in gallensauren Salzen löslich; vielleicht werden sich in späterer Zeit von derartigen Gesichtspunkten aus therapeutische Massnahmen ergreifen lassen, vorausgesetzt, dass die Annahmen richtig sind. Wenn ich die Präparate

längere Zeit in Boraxlösung oder kurze Zeit in verdünnter Kalilauge liegen liess, konnte ich weder die grossen noch die kleinen Gebilde nachweisen. Bei der Schwierigkeit, die präsumtiven Parasiten überhaupt nachzuweisen, kann ich darüber nichts aussagen, ob die Gebilde Kapseln haben oder nicht. In einem der von mir heute gezeigten am Kern liegenden Gebilde, findet sich allerdings ein vollständig kapselähnlicher Rand, aber ich bemerke ausdrücklich, dass ich die schärfst begrenzten von meinen Präparaten ausgesucht habe. Auch über Säure-Festigkeit habe ich selbst keine sicheren Beobachtungen erheben können. Die Präparate stammen alle von acuten frischen Trachomen.

Ferner betont Dr. v. Krüdener in der Discussion, dass die Schwere der Erkrankung bei Trachom nicht von Rasse-Disposition abhängt. An der Wolga, wo viele Völkerschatten zusammen wohnen, konnte er die Erfahrung machen, dass das Trachom bei den Völkerschaften am stärksten auftritt, die culturell am niedrigsten stehen; die schwersten Formen fand er bei den Tschuwaschen; der Este hat durchschnittlich ein schwereres Trachom als der Lette. Bei den Inselbewohnern tritt die Krankheit durchschnittlich leichter auf, wie z. B. auf der Insel Oesel. Die von Schweden bewohnte Insel Runö schien bei einer augenärztlichen Enquete Dr. v. Krüdeners im Jahre 1895 frei von Trachom zu sein; durch eine eingewanderte Estin sind jetzt einige Leute inficiert. Sauberkeitsverhältnisse spielen also die Hauptrolle.

Dr. von Sengbusch
d. Z. Secretär.